**PROTÉGÉ B** UNE FOIS REMPLI

**Formulaire de demande de mesures d’adaptation**

|  |
| --- |
| **A – Données sur la situation actuelle de l’employé** |
| Nom de l’employé | Numéro de l’employé |
| Titre du poste | Classification | Lieu de travail désigné |
| Direction générale |
| Nom du superviseur/gestionnaire |
| **B – Identification du ou des motifs pour lesquels une mesure d’accommodation est requise** |
|  [ ]  la race | [ ]  l’origine nationale ou ethnique | [ ]  l’état matrimonial |
|  [ ]  la couleur | [ ]  l’orientation sexuelle | [ ]  **la situation de famille\*** |
|  [ ]  la religion | [ ]  le sexe (y compris le fait d’être enceinte) | [ ]  l’état de personne graciée |
|  [ ]  l’âge | [ ]  la déficience physique ou mentale (y compris la dépendance à l’alcool ou aux drogues) |
| \* Si votre demande est fondée sur le motif **situation de famille**, vous n’avez pas à remplir le présent formulaire. Veuillez utiliser le [Formulaire de demande de mesures d’adaptation - situation de famille](http://iservice.prv/fra/rh/mda/documents/Formulaire_info_situation_famille.docx) |
| **C – Description des besoins particuliers pour lesquels une demande de mesures d’adaptation est présentée**  |
|  |
| **D – Présenter les renseignements justifiant le besoin de prendre des mesures d’adaptation\*** |
| \* Si votre demande est fondée sur le motif **déficience physique ou mentale**, il s’agit d’un certificat médical au sujet de vos capacités et des restrictions ou limitations en milieu de travail ou le [Formulaire d’évaluation d’aptitude au travail et des capacités fonctionnelles](http://iservice.prv/fra/rh/glf/docs/formulaire_evaluation_aptitude_capacites_fonctionnelles.docx). **Note : Ne pas fournir de renseignements sur le diagnostic, le traitement ou les médicaments.** |
| **E – Description des mesures d’adaptation demandées** |
|  |

|  |
| --- |
| **F – Énoncé de confidentialité** |
| Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu des dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Loi sur le ministère d’Emploi et du développement social*  aux fins de l’administration des *Lignes directrices sur l’obligation de prendre des mesures d’adaptation*. Les renseignements que vous fournissez ne seront pas utilisés à des fins autres que pour l’administration des *Lignes directrices sur l’obligation de prendre des mesures d’adaptation.*  Vos renseignements personnels sont administrés en conformité avec la *Loi sur le ministère d’Emploi et du développement social*  et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous avez le droit à la protection et à la consultation de vos renseignements personnels. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels PSE 901. Les directives pour avoir accès à ces renseignements personnels sont expliquées dans la publication officielle Info Source, également disponible sur le site Web suivant : [www.infosource.gc.ca](http://www.infosource.gc.ca). Info Source peut également être consulté en ligne dans les centres de Service Canada. |
| **G – Signature de l’employé(e)** |
| J’atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exacts et je demande que des mesures d’adaptation soient prises à mon égard. |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (en caractères d'imprimerie)Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (jj-mm-aaa) |

Copies: À conserver par: (1) l’employé; (1) le gestionnaire.