**Plan de réintégration**

**(article I.4-74 §1 jusqu’au. 3 du Code sur le bien-être au travail)**

**Coordonnées de l’employeur**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Numéro CBE : ………………………………………………………………………………………………………………………

Numéro d’affiliation : ………………………………………………………………………………………………………………

**Coordonnées du travailleur**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de registre national :………………………………………………………………………………………………………

**Fonction actuelle du travailleur**

Fonction :

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Description des activités du dernier travail effectué par le travailleur avant de se déclarer malade :

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Schéma de travail – horaire :

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proposition de plan de réintégration**

1. Description des **adaptations du poste de travail** (adaptation des machines et des équipements et/ou la fourniture d’outils appropriés)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Description du **travail adapté**, spécifiquement des tâches adaptées ou la répartition différente des tâches
2. Volume de travail

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Horaire

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Progessivité des adaptations

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Description **de l’autre travail**
2. Contenu du travail

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Volume de travail

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

1. Horaire

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

1. Progressivité des adaptations

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Décrivez la nature de **la formation proposée et/ou de l'accompagnement** **proposé** en vue d'acquérir des compétences qui permettront au travailleur d'effectuer du travail adapté ou de l’autre travail. Indiquez également les **acteurs impliqués** (internes/externes) qui seront responsables de cette formation et/ou cet accompagnement.

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Période de validité** du plan de réintégration après la signature du plan (en semaines ou en mois) :

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

 **Remarques du travailleur**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Accords complémentaires avec le travailleur**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Signature du travailleur** **Signature de l’employeur**

1. Pour accord
2. Pas d’accord

Indiquez la raison pour laquelle vous n’êtes pas d’accord :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date

Veuillez envoyer le plan à :

**Par e-mail** : medsec@mensura.be

**Par poste :** Mensura SEPP

Secrétariat médical

Italiëlei 2

2000 Antwerpen