

Procès-verbal de l'entretien de retour

Gestion des absences

Nom et prénom du collaborateur / de la collaboratrice:

Division:

Nom du ou de la supérieur/e:

Date de l'entretien:

Incapacité de travail du

au

1. Comment évaluez-vous votre état de santé?

- Bon, sans limitations
 Bon, avec des limitations
 Insatisfaisant

2. Comment évaluez-vous votre capacité de travail?

- Bonne, sans limitations
 Bonne, avec des limitations
 Insatisfaisante

3. Votre absence a-t-elle été influencée ou déclenchée par certains facteurs de stress?

- Non Oui

a) Par votre environnement professionnel

- Outils de travail, machines Non Oui En partie
- Climat ambiant Non Oui En partie
- Quantité ou rythme de travail Non Oui En partie
- Poste de travail (p. ex. écran) Non Oui En partie
- Horaires de travail (p. ex. travail de nuit) Non Oui En partie
- Matériaux et substances (p. ex. allergie) Non Oui En partie
- Collaboration et climat de travail Non Oui En partie

b) Par d'autres facteurs tels que...

- Non Oui En partie

4. Des mesures de soutien ou d'allègement sont-elles indiquées?

- Non Oui. Lesquelles?

5. Rendez-vous pour un entretien de suivi

- Non Oui. Quand?

Signature du collaborateur ou de la collaboratrice: