

PLAN D'ADAPTATION INDIVIDUALISÉE (PAI)

Nom de l'employé(e) _____ Date _____

Nom du superviseur _____ Date _____

Les adaptations doivent être mises en place du _____ au _____

Si aucune date de fin n'est prévue, la prochaine révision de ce PAI sera le _____

Mesures d'adaptation

Limitations	Tâches / activités reliées à l'emploi affectées par ces limitations	Est-ce que c'est une exigence essentielle du poste?

Renseignements nécessaires

Des renseignements seront recueillis sur les capacités fonctionnelles de l'employé, et non sur la nature de son handicap. Les renseignements personnels, dont les données médicales, sont gardés dans le dossier de l'employé au Bureau des finances et sont confidentielles. Les données ne seront divulguées qu'aux personnes qui en ont besoin pour le processus d'adaptation.

Pièces justificatives demandées _____

Date et type de documents reçus _____

Autres documents ou évaluations demandées _____

Motifs spécifiques justifiant la demande de renseignements complémentaires

Plan d'adaptation individualisé

Identification des obstacles à l'emploi et des tâches connexes qui nécessitent une adaptation.	Quels sont les objectifs de l'adaptation (c.-à-d. à quoi doit servir l'adaptation)?	Quelles stratégies / outils d'adaptation choisis pour faciliter cette tâche / activité?

Entente sur les mesures à prendre pour la mise en œuvre des adaptations

Mesures en cours pour la mise en œuvre de l'adaptation	Attribuée à	Échéance

Signature de l'employé(e)

Date

Signature du superviseur

Date

Veillez remettre une copie signée à l'employé et retourner ce formulaire au Bureau des finances.