**Rapport de motivation**

**(article I.4-74 §4 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 :

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

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

**Raisons pour lesquelles un plan de réintégration ne peut être établi**

1. Description des mesures prises pour vérifier la possibilité d'un travail adapté/d’un autre travail et/ou d'un poste de travail adapté

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

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

1. Description des raisons pourquoi il est techniquement et objectivement impossible d'élaborer un plan de réintégration ou pourquoi un plan de réintégration ne peut être exigé pour des raisons valables

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

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

**Remarques du travailleur**

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

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

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

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

**(pour la réception)**

Date

Veuillez envoyer ce rapport à :

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

**Par poste :** Mensura SEPP

 Secrétariat médical

 Italiëlei 2

2000 Antwerpen