

**DO NOT RETURN THIS TO THE WSIB.**  
**NE PAS RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À LA CSPAAT.**

<b>Worker's Signature</b> By signing below, I am claiming benefits under the Workplace Safety and Insurance Act, 1997, for a work-related injury or disease. I am also authorizing any health professional who treats me to provide me, my employer and the Workplace Safety and Insurance Board with information about my functional abilities on the Board's "Functional Abilities for Timely Return to Work" form.		<b>Signature du travailleur</b> En signant ci-dessous, je réclame des prestations en vertu de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> , pour une lésion ou une maladie reliée au travail. De plus, j'autorise tout professionnel de la santé qui me traite à remettre à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et à moi une copie du formulaire intitulé <i>Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide</i> , sur lequel il aura fourni les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.	
Print Name (in full)		Prénom et nom de famille (en caractères d'imprimerie)	
Signature	Date signed	Signature	Date de la signature
Accident Date	Description of Injury/Disease	Date de l'accident	Description de la lésion
Employee ID / SIN	Employer FAX Number	Identification de l'employé / NAS	Numéro de télécopieur de l'employeur

**Employer Instructions:** Use this form when you cannot get your employee's signature on the Form 7. Keep your copy on file. Send the white copy to the worker's health professional as permission from the worker to release functional abilities information, if required, to help with a safe return to work plan.  
**Message à l'employeur :** Veuillez utiliser ce formulaire lorsque vous êtes incapable d'obtenir la signature de votre employé sur le Formulaire 7. Conservez votre copie dans vos dossiers et envoyez la copie blanche au professionnel de la santé. Par l'entremise du présent formulaire, le travailleur autorise le professionnel de la santé à divulguer les renseignements portant sur ses capacités fonctionnelles, si besoin est, afin d'aider les parties à élaborer un programme de retour au travail sécuritaire.

1492C (10/98)

White Copy - Health Professional  
 Copie blanche - Professionnel de la santé

Canary Copy - Employer  
 Copie jaune - Employeur

Pink Copy - Worker  
 Copie rose - Travailleur