



MEDICAL CERTIFICATE – CERTIFICAT MÉDICAL

A member must provide a medical certificate to his/her Unit Commander / Supervisor if one or more of the following conditions apply:

1. For all work related injuries or illnesses requiring medical attention, at the time of the first report;
2. For all injuries or illnesses for which limitations or restrictions are recommended by the member's medical practitioner;
3. For any period of absence due to illness or injury which exceeds 40 consecutive work hours; or
4. When requested by a Unit Commander or the Health Services Officer (HSO).

NOTE: A Unit Commander may seek the opinion of the HSO before requesting a medical certificate.

NOTE: Supervisor must complete Form 3414 (Hazardous Occurrence Report) for all work related injuries.

Le membre doit fournir un certificat médical à son chef de service ou superviseur si une ou plus des conditions suivantes s'appliquent :

1. Pour tout accident ou maladie liée au travail nécessitant des soins médicaux, au moment du premier rapport;
2. Pour tout accident ou maladie pour laquelle des limitations ou des restrictions ont été recommandées par le médecin généraliste du membre;
3. Pour toute période d'absence en raison de maladie ou d'accident qui dépasse 40 heures de travail consécutives;
4. À la demande du chef de service ou de l'agent des services de santé.

NOTA : Le chef de service peut consulter l'agent des services de santé avant de demander un certificat médical.

NOTA : Le superviseur doit remplir le formulaire 3414 (Rapport de situation à risques) pour toutes les blessures liées au travail.

PART "A" – PARTIE « A »

MEMBER (Complete and sign this section.) – MEMBRE (Remplir et signer cette section.)

Collator Code – N° d'interclassement		Health Identification Card No. N° de carte d'identité de santé		Surname – Nom de famille		Initials – Initiales	
DOB – DDN	Unit Address – Adresse du service			Division	Tel. No. – N° de tél.	Home Tel. No. – N° de tél. à domicile	
<input type="checkbox"/> Off Duty Injury Accident en dehors du travail	<input type="checkbox"/> Personal Medical Condition Maladie personnelle	<input type="checkbox"/> On Duty Related Injury First Report Rapport initial d'un accident lié au travail		<input type="checkbox"/> On Duty Related Injury Progress Report Rapport d'évolution d'un accident lié au travail			
<p>I authorize and request information concerning my present health condition or injury be provided to and / or from RCMP Health Services. J'autorise et demande que les renseignements au sujet de mon état de santé ou de ma blessure soient fournis aux Services de santé de la GRC ou par ceux-ci .</p>							
Signature _____						Date _____	

PART "B" – PARTIE « B »

PHYSICIAN - The RCMP Health Services honours up to the provincial medical association recommended fees for the completion of this form.

MÉDECIN - Les services de santé de la GRC acceptent jusqu'aux honoraires recommandés par l'association médicale provinciale pour remplir ce formulaire.

LEAVE RECOMMENDED IS SUBJECT TO REVISION BY HEALTH SERVICES. LE CONGÉ RECOMMANDÉ PEUT ÊTRE RÉVISÉ PAR LES SERVICES DE SANTÉ.	Period (yyyy/mm/dd) – Période (aaaa/mm/jj)	
	From – Du	To (Inclusive) – Au (Inclusivement)
<input type="checkbox"/> Fit for police work – Apte au travail policier (fit to drive an emergency vehicle, use a firearm in the context of work and to perform the arrest of a suspect with violent confrontation being involved) (condition physique permettant de conduire un véhicule prioritaire, d'utiliser une arme à feu dans le cadre du travail et de procéder à l'arrestation d'un suspect violent)		
<input type="checkbox"/> Unfit for duty – Inapte au travail		
<input type="checkbox"/> Fit for duty with restrictions – Apte au travail avec restrictions		
<input type="checkbox"/> Progressive return to work – Retour progressif au travail		
Occupational Restrictions – Limitations de travail _____		
Name and Address of Physician – Nom et adresse du médecin	Signature	Date
	Telephone Number – N° de téléphone	Licence Number – N° de licence

Date Received – Date reçue _____ Date Forwarded to OHSS – Date envoyée aux SSST _____

Unit Commander Signature – Signature du chef de service _____

Date Received by OHSS – Date reçue par les SSST _____ Signature _____