

**DEMANDE D'INFORMATION
POUR LA CSPAAAT**
(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ	Nom de l'employé	NAS
	Date de la blessure JJ /MM / AAAA	Date de rétablissement JJ /MM / AAAA
GAINS COTISABLES	Gains cotisables hebdomadaires pour les quatre semaines précédant la date de la blessure : (Non requis pour un congé de maternité, de paternité ou parental, sauf à l'î.-P.-É.)	
	Semaine 1	Semaine 2
	Semaine 3	Semaine 4
AUTORISATION ET SIGNATURE	Nom de l'employeur : _____	
	Signature autorisée de l'employeur : _____	
	Nom et titre (en majuscules) : _____	
	Date : _____	