

Nos de dossier	Nom du travailleur	Date de naissance du travailleur (jj/mmm/aa)
----------------	--------------------	--

Partie A - Renseignements sur l'employeur ou le travailleur qui donne l'autorisation			
Nom	Travailleur Employeur	Nom de l'entreprise ou de l'employeur	
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Langue	Anglais Français Autre (précisez)

Partie B - Renseignements sur le représentant			
* Nom de la personne ou de l'organisme qui doit être autorisé			
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Signature	

Veillez remplir l'un des trois champs suivants (1, 2 ou 3) s'il y a lieu :

1. Mon numéro du Barreau du Haut-Canada ou de demande

2. Je suis exempté/mon organisme est exempté de l'exigence de permis de parajuriste (veuillez cocher l'exemption qui s'applique) :

Parajuriste ou fournisseur de services juridiques à l'interne	Adjoint de circonscription
Société étudiante daide juridique	Bureau des conseillers du patronat
Représentant de la famille ou ami	Syndicat
Bureau des conseillers des travailleurs	Autre profession (veuillez préciser) :
Stagiaire en droit	_____
Clinique d'aide juridique	_____

Si vous ne savez pas si vous êtes exempté, veuillez communiquer avec le Barreau du Haut-Canada.

3. Je suis exempté/mon organisme est exempté de l'exigence de permis de parajuriste (veuillez préciser) :

* Indique la personne ou l'organisme qui aura l'autorisation conformément au présent formulaire. Depuis le 31 octobre 2007, la CSPAAT accepte seulement les représentants qui ont présenté une demande de permis au Barreau du Haut-Canada et dont le nom figure dans le répertoire des candidats à un poste de parajuriste ou ceux qui sont exemptés ou exclus des exigences en matière de permis. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web du Barreau à www.lsuc.ca. Depuis le 31 octobre 2007, la CSPAAT exige que tous les représentants fournissent des renseignements sur le statut de leur permis afin de pouvoir représenter une partie auprès de la Commission.

Partie C - Portée de l'autorisation et expiration
Le représentant nommé ci-dessus est autorisé à représenter le travailleur ou l'employeur en rapport avec le dossier d'indemnisation mentionné ci-dessus et à avoir accès à tous les renseignements reliés au dossier d'indemnisation de la CSPAAT auxquels le travailleur ou l'employeur aurait normalement accès. La présente autorisation est réputée être en vigueur pour une période indéfinie et prend fin seulement sur réception d'un avis écrit du travailleur ou de l'employeur, ou du décès du travailleur.

Partie D - Approbation du travailleur ou de l'employeur	
En signant ci-dessous, j'autorise la personne ou l'entreprise mentionne dans la PARTIE B à me représenter, sous réserve de la Partie C ci-dessus.	
Nom	Titre (s'il y a lieu)
Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à téléverser)	
Date (jj/mmm/aa)	

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibilite@wsib.on.ca.

Annulation ou modification d'une autorisation

Il incombe au travailleur ou à l'employeur de s'assurer que l'autorisation est exercée de façon appropriée. Ainsi, la modification, la résiliation ou l'annulation de toute autorisation est sa responsabilité.

Pour **modifier** une autorisation, un nouvel *Avis d'autorisation* doit être rempli.

Pour **annuler** une autorisation à n'importe quel moment, envoyez une demande écrite à l'agent d'indemnisation responsable du dossier ou télécopiez-lui votre demande.

Code de conduite pour les représentants

Visitez wsib.ca/fr/conduiterepresentants pour en savoir plus sur les normes de comportement que nous attendons des représentants des entreprises et des représentants des personnes ayant subi un accident du travail ou ayant contracté une maladie professionnelle.

Renseignements additionnels

Si vous avez besoin d'espace additionnel pour fournir des renseignements ou d'autres numéros de dossier, veuillez inscrire une remarque à la page 1 pour indiquer que d'autres feuilles sont jointes au présent formulaire.

Pour les envois par télécopieur, veuillez utiliser les documents originaux seulement.

Le présent formulaire n'est pas un formulaire de demande. Il est uniquement utilisé pour fournir une autorisation de représentation et d'accès aux renseignements du dossier d'indemnisation.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'agent d'indemnisation responsable du dossier.

Pour éviter tout retard, veuillez remplir ce formulaire au complet en caractères d'imprimerie à l'encre noire.

Envoyez le formulaire dûment rempli et signé à :

Commission de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

OU télécopiez au :

416-344-4684 ou 1-888-313-7373