



Section Locale _____

Relevé de conditions dangereuses ou d'atteintes à la Santé

DATE :

LIEU DE TRAVAIL :

DÉPARTEMENT :

(UNE SEULE CONDITION DANGEREUSE PAR FORMULAIRE)

DESCRIPTION

REMIS À:

Date:

(supérieur immédiat)

PAR:

TÉMOIN:

(signature)

L'employeur a-t-il tenté de corriger le problème?

Comment?

Oui

Non

Date:

La solution proposée par l'employeur élimine-t-elle le danger?

Oui

Non

Distribution des copies

- 1^o supérieur immédiat
- 2^o direction (employeur) ou bureau du personnel

3^o délégué(e) ou travailleur(euse)
4^o membre du comité syndical en
santé sécurité du travail

