

Identification d'un risque d'accident et proposition de solution pour la santé et la sécurité des employés

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
BUREAU DES SERVICES-CONSEILS EN ASSIDUITÉ AU TRAVAIL

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader

**IDENTIFICATION
DES LIEUX**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT 

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ(E)

NOM	PRÉNOM	TITRE D'EMPLOI
-----	--------	----------------

- Décrivez ce que vous avez observé et en quoi il y a un risque d'accident :

LIEU PRÉCIS DE LA SITUATION À RISQUE OBSERVÉE	NUMÉRO DU LOCAL	TYPE DE LOCAL
---	-----------------	---------------

- Que suggérez-vous pour corriger la situation :

DATE DE REMISE DU FORMULAIRE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
--

SIGNATURE	TÉLÉPHONE
-----------	-----------

SECTION À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

NOM	PRÉNOM	TITRE D'EMPLOI
-----	--------	----------------

AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE
DE LA SITUATION, VISITÉ LES LIEUX ?  Oui Non

QUAND ?
(précisez la date) 

- Quelles sont vos observations :

EN AVEZ-VOUS DISCUté
AVEC L'EMPLOYÉ(E) ?  Oui Non

- Quels sont vos commentaires et quelles démarches avez-vous entreprises :

SIGNATURE	TÉLÉPHONE	DATE
-----------	-----------	------

Retournez ce formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse sst@cssdm.gouv.qc.ca