

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
<p>• Décrivez ce que vous avez observé et en quoi il y a un risque d'accident :</p>		
<p>LIEU PRÉCIS DE LA SITUATION À RISQUE OBSERVÉE</p>		
<p>NUMÉRO DU LOCAL</p>		
<p>TYPE DE LOCAL</p>		
<p>• Que suggérez-vous pour corriger la situation :</p>		
<p>DATE DE REMISE DU FORMULAIRE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT</p>		
SIGNATURE		TÉLÉPHONE

SECTION À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT		
NOM	PRÉNOM	TITRE D'EMPLOI
<p>AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DE LA SITUATION, VISITÉ LES LIEUX ?</p>		<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
		<p>QUAND ? (précisez la date)</p>
<p>• Quelles sont vos observations :</p>		
<p>EN AVEZ-VOUS DISCUTÉ AVEC L'EMPLOYÉ(E) ?</p>		
<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		
<p>• Quels sont vos commentaires et quelles démarches avez-vous entreprises :</p>		
SIGNATURE	TÉLÉPHONE	DATE

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