



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 A: \_\_\_\_\_ 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° supérieur immédiat  
2° direction (employeur) ou  
bureau du personnel

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

