

Ce formulaire ne peut être utilisé qu'après avoir informé votre supérieur immédiat de la condition déficiente, et à la suite d'un délai raisonnable pour la corriger.

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'école ou du service :

Nom du directeur (trice) :

DESCRIPTION

Définition d'une condition déficiente : *toute situation qui entraîne un risque pour la santé et la sécurité d'une personne*

CORRECTIFS SUGGÉRÉS

SIGNATURES

Nom : _____ Titre : _____

Téléphone au travail : _____

Signature : _____ Date : _____

J'atteste avoir pris connaissance du présent relevé :

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____

SUIVI DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Présenté au Comité de santé et sécurité le : _____

Personne contactée au Service des ressources matérielles : _____ Date : _____

Commentaires _____

Dossier complété le : _____ Signature : _____