



Relevé de Conditions Dangereuses ou d'atteintes à la Santé

DATE :

LIEU DE TRAVAIL :

DÉPARTEMENT :

(UNE SEULE CONDITION DANGEREUSE PAR RELEVÉ DE CONDITIONS DANGEREUSES)

DESCRIPTION : _____

REMIS À : _____ Date : _____
(supérieur immédiat)

PAR : _____ TÉMOIN : _____
(signature)

CORRECTIONS APPORTÉES : _____

DISTRIBUTION DES COPIES

1ère COPIE : SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
2ième COPIE : RESPONSABLE DE SÉCURITÉ

3ième COPIE : DÉLÉGUÉ - EMPLOYÉ
4ième COPIE : DIRECTION