|  |
| --- |
| **PLAN D’ACTION POUR LES MESURES CORRECTIVES SUITE À L’AUDIT** |
| **SERVICE :** | **DATE DE L’AUDIT** (aaaa-mm-jj)**:** |
| **AUDITEUR** (nom, prénom)**:** |
| **AUDITÉ(s)** (nom, prénom) **:** |
|  |  |
| **NON-CONFORMITÉ OBSERVÉE** | **MESURES CORRECTIVES SUGGÉRÉES** | **RESPONSABLE DU SUIVI** | **ÉCHÉANCIER** | **SUIVICOMMENTAIRES** |
| Ex. : Se fie au cadenas de contrôle et n’appose pas son cadenas personnel lors de la reprise de travaux. Fait les opérations d’instinct sans suivre les étapes de la fiche. | Lui offrir une formation de type coaching en milieu de travail  | Nom, prénom du coach | Le plus tôt possible | Auditer à nouveau dans… |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’auditeur | Date (aaaa-mm-jj) |