|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE A : TRAVAILLEUR** | | | | | | | | | |
| **Prénom, nom** |  | | | **Fonction** | |  | | | |
| **Service** |  | | | | | | | | |
| **DESCRIPTION DE LA DEMANDE** | | | | | **Date de la demande** (aaaa-mm-jj) | | | |  |
| **Situation non-conforme, condition dangereuse, problème identifié ou suggestion d’amélioration** | | | | | | | | | |
| Explications et joindre photo, au besoin | | | | | | | | | |
| **Solution proposée** (suggestion pour corriger la situation) | | | | | | | | | |
| Explications | | | | | | | | | |
| **Signature** (travailleur) | |  | | | | | **Date** (aaaa-mm-jj) |  | |
| **Agent de liaison/représentant en santé et sécurité avisé** | | | Oui  Non | | | | **Date** (aaaa-mm-jj) |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE B : RÉPONSE DU GESTIONNAIRE IMMÉDIAT** (responsable du suivi de la demande) | | | | | | | | |
| **Prénom, nom** |  | | | | | | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Mesure immédiate appliquée** | | **temporaire** | Oui | | Non | | | |
| Commentaires | | | | | | | | |
| **Mesure retenue** | | **permanente** | | Oui | | Non | | |
| Commentaires | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SUIVI, ÉVALUATION ET CONTRÔLE DE LA MESURE CORRECTIVE** | | | |
| **Resp. mesure permanente** (prénom, nom) |  | **Achevé** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Responsable du service avisé** | Oui  Non | **Date**(aaaa-mm-jj) |  |
| **Responsable du service** (prénom, nom) |  | **Date**(aaaa-mm-jj) |  |
| **Travailleur avisé** | Oui  Non | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Comité SST avisé** (au besoin) | Oui  Non | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Signature gestionnaire immédiat** |  | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |