

COMMENTAIRES ET INTERVENTIONS
(section réservée à l'employé)

DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES
(section obligatoire réservée à la direction de l'établissement)

Signature de l'employé : _____

Date ____ / ____ / ____

Signature du supérieur : _____

Date ____ / ____ / ____

À la fin de chaque semaine, la section des mesures correctives/préventives doit être remplie et le formulaire doit être signé par l'employé et son supérieur avant d'être envoyé au service des ressources humaines (sante@csmv.qc.ca).

Pour l'impression, utiliser des feuilles de format légal (8 ½ x 14 pouces)