Formulaire rempli par :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Département :

**A.C.T.I.O.N.**  
Attention, Commencer, Transformer, Instruire, Observer, Notifier

Date : Heure : Emplacement : \_\_\_\_\_

**Type de mesure :** □ Observation positive □ Recommandation □ Quasi-accident □ Danger □ Autre

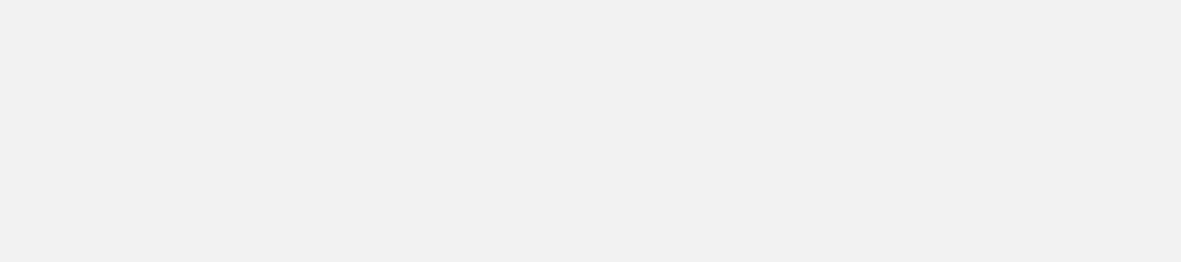
**Division:** □ Yellowknife □ Inuvik □ Iqaluit □ Autre

**Comment :**  (Que signalez-vous?)

**Signaler à :** (Quelle mesure avez-vous prise?)

**Mesure corrective :** (Quelle mesure avez-vous prise?)

Merci d’utiliser le formulaire ACTION de (**insérer le nom de l’organisation**). Prière de discuter de ce problème avec votre superviseur, puis de soumettre votre formulaire rempli à l’agent de santé et sécurité en personne ou par courriel à : **AgentSanteSecurité@VotreOrganisation.com**

**** **POUR USAGE INTERNE SEULEMENT**

**Suivi :**

Attribué à : Date d’achèvement :