

HEALTH & SAFETY CONCERN FORM PRÉOCCUPATION EN MATIÈRE DE SANTÉ-SÉCURITÉ

Instructions: To be completed by employee who believes there is a hazard in the workplace that could cause an injury or accident.

Directives: À remplir par l'employé qui croit qu'il y a un danger dans le lieu de travail qui pourrait causer des blessures ou un accident.

Employee Contact Info / Coordonnées de l'employé

Name : _____ Employee Number : _____
 Nom : _____ Matricule : _____

Telephone Number : _____ Location (Base) : _____
 N° de téléphone : _____ Lieu de travail : _____

Date Concern Submitted : _____
 Date de présentation de la formule : _____

Day / Jour
Month / Mois
Year / Année
Time / Heure

For IFS/Flight Ops / Pour Service en vol/Opérations aériennes	
Flight No. / N° de vol	Fin No. / N° d'appareil

Description of Concern :
 Description de la préoccupation : _____

Concern Reviewed for Accuracy :
 Vérification de la pertinence de la préoccupation :

Name / Nom	Tel. No. / N° de tél.	Date / Date

Concern Investigated by :
 Évaluation effectuée par :

Name / Nom	Tel. No. / N° de tél.	Date / Date

Investigation Results :
 Résultats de l'évaluation : _____

Results Provided to Employee :
 Résultats transmis à l'employé : _____

Employer's Signature / Signature de l'employeur
Date / Date