



Signaler un problème de qualité de l'air intérieur HS9

IDENTIFICATION

École : _____

Date : _____

Nom : _____

Numéro de l'employé : _____

Poste occupé : _____

Zone de travail (n° du local) : _____

LA DIRECTION DE L'ÉCOLE A-T-ELLE ÉTÉ AVISÉE? Non Oui Quand : _____

DESCRIPTION DU PROBLÈME

Symptômes ou malaises ressentis	_____ _____
Période de la journée où les symptômes se font sentir : <input type="checkbox"/> matinée <input type="checkbox"/> après-midi	Les symptômes apparaissent combien d'heures après votre arrivée au travail? _____
Fréquence et durée des symptômes : Quand les symptômes disparaissent-ils habituellement?	_____ _____
Historique des symptômes · Quand sont-ils apparus la première fois? · Avez-vous consulté un médecin? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Date : _____ Si oui, quand : _____
Conditions du bâtiment ou travaux pouvant être liés au problème de qualité de l'air (rénovations, nouvel équipement, etc.)	_____ _____

Commentaires :

Signature de l'employé : _____ Date : _____
Année/mois/jour

Je déclare avoir pris connaissance du présent document.

Signature : _____ Poste : _____ Date : _____
Supérieur immédiat ou son substitut Année/mois/jour

Prière d'acheminer le formulaire dûment rempli au Service des ressources humaines, à l'attention du Bureau de santé et sécurité