

Évaluation des dangers

Division de la santé et de la sécurité au travail



Nom de l'entreprise : _____ Date : _____

Lieu : _____ Évaluateur : _____

Tâche	Dangers	Mesures de contrôle	EPI requis

Mesures correctives requises :	Notes :
--------------------------------	---------

Signature de l'évaluateur : _____