

**Health and Safety Concern Form**  
**Préoccupation en matière de santé et sécurité**

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

**Directives :** À remplir par l'employé(e) qui croit qu'il y a un risque ou un danger dans le lieu de travail qui pourrait causer des blessures, un accident ou une maladie.

**Name :** \_\_\_\_\_ **Job category :** \_\_\_\_\_  
**Nom :** \_\_\_\_\_ **Catégorie du poste :** \_\_\_\_\_

**Workplace:** \_\_\_\_\_ **Date concern form submitted:** \_\_\_\_\_  
**Lieu de travail :** \_\_\_\_\_ **Date de présentation de la formule :** \_\_\_\_\_

**Description of concern :**  
**Description de la préoccupation :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Concern investigated by :** \_\_\_\_\_ **Department :** \_\_\_\_\_  
**Évaluation effectuée par:** \_\_\_\_\_ **Département:** \_\_\_\_\_

**Corrective action taken:** (to be completed by who investigated the concern)  
**Mesures correctives prises:** (à remplir par la personne qui a enquêté sur le problème)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Results provided to employee :**  
**Résultats transmis à l'employé(e) :** \_\_\_\_\_ (Signature)  
**CC: Joint Health and Safety Committee or Health and Safety Representative**  
**CC: Comité mixte sur la santé et sécurité au travail ou Délégué(e) à la santé et sécurité**

**Date:** \_\_\_\_\_

PS/lccope491