

SUIVIS DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES SURVENUS DANS L'ORGANISATION

Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		



Signalement de(s) événement(s)		Dates
Département		
Personne(s) déclarante(s)		
Personne visée (en cause)		
Témoin(s)		
Description des faits		
Mesures/actions prises par l'employeur		Dates
Personne(s) responsable(s)		
Personne pour corroborer les mesures prises		
Mesures/actions prises		

