

**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 :  *Nom :* |  | | | | | |  | | Employee Number :  *Matricule :* | | | | |  | | | |
| Telephone Number :  *No de téléphone :* |  | | | | | |  | | Location (Base) :  *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. /  No de vol | | | |  | | | | Fin No. /  No d’appareil | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | Description of Concern :  *Description de la préoccupation :* |  | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | Concern Reviewed for Accuracy :  *Vérification de la pertinence de la*  *préoccupation :* |  |  | |  |  |
|  |  | Name / *Nom* | Tel. No. / No de tél. | | Date / *Date* |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  | Concern Investigated by :  *Évaluation effectuée par:* |  |  | |  |  |
|  |  | Name / *Nom* | Tel. No. / No 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* |  |
|  | | | | | | |

ACF32 (2009-11)