RESSOURCES FALCO

PLANIFICATION

SUPERVISEUR ET TRAVAILLEUR "ACTION À PRENDRE"

SUPERVISEUR ET TRAVAILLEUR "CONDITIONS À RESPECTER"

DÉCISION SUPERVISEUR

SIGNATURE DU OU DES TRAVAILLEURS

X:	*X:*
X:	*X:*
X:	*X:*

SIGNATURE DU SUPERVISEUR:	*X:*			
J'AUTORISE LA POURSUITE DES TRAVAUX	**OUI**		**NON**	

EXÉCUTION SUPERVISEUR

LE TRAVAIL EST-IL CONFORME AUX DÉCISIONS?	**OUI**		**NON**	
EST-CE SÉCURITAIRE DE PROCÉDER?	**OUI**		**NON**	

FIN DE QUART (TRAVAILLEUR)

ACTION SÉCURITAIRE ET OU BON COUP AUJOURD'HUI *(PARTAGER AVEC VOTRE ÉQUIPE S'IL Y A LIEU)*

TRANSFÈRE D'INFORMATION POUR LE QUART SUIVANT (si nécessaire)

RISQUES, ACCIDENT, INCIDENT OU PASSÉ PROCHE À DÉCLARER?

SIGNATURE DU SUPERVISEUR:	*X:*

CARTE DE TRAVAIL

DATE:	
EMPLOYÉ(s)	

SECTEUR DE TRAVAIL

CLIENT	# DE PROJET	# DE PO	Heure début	Heure fin	Total heures
TOTAL TEMPS					

ÉTAPE/TÂCHES À ACCOMPLIR

1	
2	
3	
4	

TYPE D'ÉQUIPEMENT	KM DÉBUT	KM FIN	KM TOTAL	TEMPS UTILISÉ

CONDITIONS ATMOSPHÉRIQUES

COMMENTAIRES DU TRAVAILLEUR (SANTÉ-SÉCURITÉ)

NOM SIGNATURE DU SUPERVISEUR

NOM:	X:

SECTION RÉSERVÉ AU SUPERVISEUR

MESURES CORRECTIVES OU RÉPONSE:

ACCUEIL

JE SUIS EN FORME ET DISPOSÉ À TRAVAILLER?	***OUI***		*NON*	
EST-CE QUE J'AI REÇU LA FORMATION SPÉCIFIQUE POUR EXÉCUTER CES TACHES?	***OUI***		*NON*	
EST-CE QUE J'AI BIEN COMPRIS LES DIRECTIVES ET CONSIGNES?	***OUI***		*NON*	
EST-CE QUE J'AI LES BONS OUTILS?	***OUI***		*NON*	

REMARQUE.

PRENDRE ACTION IMMÉDIATEMENT SI NON AVISER VOTRE SUPERVISEUR

IMMÉDIATETÉ

ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR

RISQUES SPÉCIFIQUES À MES TÂCHES

1	
2	
3	
4	

MESURES À PRENDRE POUR CONTRÔLER LES RISQUES

1	
2	
3	
4	

PROCÉDURES À APPLIQUER

1	
2	
3	
4	

ÉQUIPEMENTS SPÉCIFIQUES À PORTER

1	
2	
3	
4	

NOM ET SIGNATURE DU SUPERVISEUR

NOM:	*X:*

RESSOURCES FALCO

INSPECTION TERRAIN

Légende: ***Conforme (✓)*** ***Non Conforme (X)*** ***Corrigé (☒)*** ***Non Applicable (-)***

VOIE D'ACCÈS AU LIEU DE TRAVAIL	ENDROIT		ENDROIT		
TRAVAILLEUR ET SUPERVISEUR	TRAV	SUPER	TRAV	SUPER	NOTES
VOIE D'ACCÈS SÉCURITAIRE (GLACE, NEIGE, BOUE...)					
SIGNALISATION ADÉQUATE					
ABSENCE D'OBSTACLES					
INSPECTION DU VÉHICULE DE TRANSPORT					
commentaires :					

LIEU DE TRAVAIL - santé et sécurité	ENDROIT		ENDROIT			
TRAVAILLEUR ET SUPERVISEUR	TRAV	SUPER	TRAV	SUPER	NOTES	
ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELS ET COLLECTIFS COMPLET ET EN BON ÉTAT						
MATÉRIEL DE TRAVAIL FONCTIONNEL ET EN BON ÉTAT						
PROPRETÉ / ENCOMBREMENT DE L'ESPACE DE TRAVAIL						
ÉCLAIRAGE / CHAUFFAGE FONCTIONNEL ET EN BON ÉTAT						
commentaires :						

LIEU DE TRAVAIL - plan de mesures d'urgences	ENDROIT		ENDROIT			
TRAVAILLEUR ET SUPERVISEUR	TRAV	SUPER	TRAV	SUPER	NOTES	
PLAN DE MESURES D'URGENCES DISPONIBLE						
DISPONIBILITÉ ET CONFORMITÉ DE LA TROUSSE DE 1ERS SOINS						
DISPONIBILITÉ ET CONFORMITÉ DE L'EXTINCTEUR						
MOYEN DE COMMUNICATION FONCTIONNEL						
ISSUES DE SECOURS						
commentaires :						

LIEU DE TRAVAIL - environnement	ENDROIT		ENDROIT		
TRAVAILLEUR ET SUPERVISEUR	TRAV	SUPER	TRAV	SUPER	NOTES
CONTAMINANTS DANS L'ENVIRONNEMENT					
POUBELLES APPROPRIÉES DISPONIBLES					
commentaires :					

SECTEUR DE TRAVAIL : COCHEZ (TERRAIN, CAROTHÈQUE, BUREAU,						
J'AI EU UN CONTACT AVEC MON SUPERVISEUR DURANT LE QUART DE TRAVAIL.	**OUI**		**NON**		**RADIO**	

INITIALES DU SUPERVISEUR Endroit:

CONTACT #1		**HEURE:**		**CONTACT #2**		**HEURE:**