

**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)