

TÉMOIGNAGE D'ACCIDENT

INFORMATIONS D'IDENTIFICATION DES INCIDENTS

NOM DE L'EMPLOYÉ ALLÉGUANT L'INCIDENT

FONCTION/RÔLE

--	--

PÉRIODE DE TRAVAIL

SERVICE

--	--

DÉCLARATION DE TÉMOIN

Votre nom a été fourni comme témoin par l'employé ci-dessus. Afin de mener une enquête approfondie et en temps opportun sur cet incident, veuillez fournir les détails suivants et soumettre votre relevé rempli dès que possible.

NOM DU TÉMOIN

TITRE/RÔLE DU TÉMOIN

--	--

ADRESSE DU TÉMOIN

TÉLÉPHONE DES TÉMOINS

--	--

AVEZ-VOUS VU UN INCIDENT IMPLIQUANT L'EMPLOYÉ CI-DESSUS ?		OUI		NON
---	--	-----	--	-----

SI CE N'EST PAS LE CAS, COMMENT AVEZ-VOUS APPRIS L'ACCIDENT ?

--

SI VOUS AVEZ VU L'ACCIDENT SE PRODUIRE :

LIEU DE L'INCIDENT

DATE DE L'INCIDENT

HEURE

--	--	--

DÉCRIVEZ CE QUE VOUS AVEZ VU :

--

NOM

SIGNATURE

DATE

TÉMOINS			
RAPPORT REÇU PAR			

EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ

Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n'offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques.