



Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			

Classement H-Q:

ANNEXE 18

REGISTRE D'INSPECTION CONJOINTE
OBSERVATION / INSPECTION

Date : _____	Début de l'intervention : _____	Durée de l'intervention : _____
Employeur contractant : _____	N° contrat : _____	
Représentant des travailleurs : _____		
Conseiller en santé sécurité : _____		
Autres accompagnateurs : _____		
Endroit : _____		
Correction en regard de l'intervention n° : _____		

Signature du représentant des travailleurs

Signature du conseiller santé sécurité