

Nom de l'employé : _____ Date : _____

Observateur : _____ Type d'observation : Initiale ___ Suivi ___

Tâche observée _____ Employés avisés de la visite? : Oui ___ Non ___

OBSERVATION DE LA TÂCHE	Oui ✓	Non ✓
Toute pratique ou condition observée risque-t-elle d'entraîner des lésions corporelles ou des dommages matériels?		
Les méthodes et les pratiques observées étaient-elles les plus efficaces et productives?		
Les pratiques que vous avez observées étaient-elles conformes à toutes les normes de travail applicables à la tâche?		
Les bons outils ont-ils été sélectionnés et adéquatement utilisés pour chaque tâche observée?		

Qualité de l'évaluation du risque : Mauvaise Passable Bonne Excellente

COMPORTEMENTS OBSERVÉS :

- A) Oui Non Rythme de travail contrôlé, sans précipitation
- B) Oui Non Concentration, les yeux rivés sur la tâche
- C) Oui Non Positionnement sécuritaire
- D) Oui Non Maintien d'un bon équilibre/d'une bonne traction/adhérence
- E) Oui Non Risque de frustration, de fatigue et de laisser-aller
- F) Oui Non Communication de qualité entre les membres de l'équipe

Section des commentaires sur les comportements : prière d'indiquer la lettre à laquelle les commentaires correspondent parmi les précédentes

Avez-vous renforcé le travailleur ou lui avez-vous dispensé une nouvelle fois l'enseignement par rapport à ces observations? Oui Non

Une observation de suivi de ce travailleur devrait-elle être effectuée dans un proche avenir? Oui Non

Mesure de suivi :

Date du suivi :

Superviseur – Observateur :