

VÉRIFICATION MENSUELLE – Trousse de 1^{ers} soins

Milieu : _____

Le représentant du milieu confirme que la vérification de la trousse de 1^{ers} soins a été effectuée

ANNÉE : _____

| MOIS | DATE | FAIT | NON FAIT | Initiale du vérificateur |
|-----------|------|------|----------|--------------------------|
| Janvier | | | | |
| Février | | | | |
| Mars | | | | |
| Avril | | | | |
| Mai | | | | |
| Juin | | | | |
| Juillet | | | | |
| Août | | | | |
| Septembre | | | | |
| Octobre | | | | |
| Novembre | | | | |
| Décembre | | | | |

Commentaires:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |