

**PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL (PST)
L'EXAMEN DE LA VUE POUR LES UTILISATEURS
DES LASERS DE CLASSE 3B ET CLASSE 4**
(À remplir par le personnel et les étudiants de l'Université McGill)

L'examen de la vue est obligatoire pour le personnel et les étudiants qui devraient travailler avec les lasers de classe 3b et classe 4. L'examen est offert dans la clinique du programme de santé au travail par le département de *Santé, Sécurité et Environnement* de l'université McGill. L'objectif de l'examen de la vue est d'établir une base par laquelle des dommages visuels peuvent être constatés en cas de lésions accidentelles.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
NUMÉRO DE MCGILL	CLASSIFICATION (CP, BPD, Dipl, Tech, EP, etc.)
DÉPARTEMENT	FACULTÉ
COURRIEL DU PARTICIPANT	TÉLÉPHONE
CHERCHEUR PRINCIPAL OU SUPERVISEUR	COURRIEL DU SUPERVISEUR

Par la présente, je confirme que tous les renseignements fournis sur le formulaire sont vrais et exactes. De plus, j'ai lu, compris et je confirme avec les critères indiqués dans le *Programme de sécurité des lasers de l'université McGill* qui apparaît sur le site Internet de l'université : <http://www.mcgill.ca/ehs/laboratory/laser-safety> aussi j'ai été informé des risques associés avec le travail avec les lasers de classe 3b et de classe 4 et que je comprends les risques associés.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRES ASSOCIÉES AU TRAVAIL AVEC LES LASERS
DATE DU COURS DE SÉCURITÉ SUR LES LASERS
LES CLASSE(S) DE LASER QUI SERONT UTILISÉES
LES EXPÉRIENCES DE TRAVAIL ACQUIS AVEC LES LASERS

Veuillez confirmer votre participation ci-dessous et signer le document.

Par la présente, j'accepte de :

PARTICIPER (initiales) _____ au *Programme de santé au travail (PST)* pour l'examen de la vue en complétant et postant ce formulaire à: *Santé, Sécurité et Environnement*, 3610 McTavish 4^{ème} étage, a/s: Kathryn Wiens.

Je vais appeler l'administrateur du PST au 514-398-4766 pour prendre rendez-vous pour un examen de la vue. J'autorise que l'infirmière du PST communique avec l'administrateur du PST au sujet de ma permission de travailler avec les lasers de classe 3b et classe 4.

Signature

Date (jj-mm-aaaa)