

LIGHTS INCIDENT REPORT / RAPPORT D'INCIDENT DES LAMPES

Only fill out this incident report if five (5) or more lamps were broken at one time / Ne remplissez ce rapport d'incident que si cinq (5) lampes ou plus ont été brisées en même temps.

Depot Name / Nom du dépôt _____
 Depot Address / Adresse du dépôt _____
 Telephone Number / Numéro de téléphone _____
 Date of Incident / Date de l'incident _____
 Time of Incident / Heure de l'incident _____

# of CFL Broken / Nombre de LCF brisées	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 - 9	<input type="checkbox"/> 10+	<input type="checkbox"/> Box dropped / Boîte tombée
# of CFL Broken / Nombre de LCF brisées	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 - 9	<input type="checkbox"/> 10+	<input type="checkbox"/> Box dropped / Boîte tombée
# of other Broken / Nombre d'autres lampes cassées	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 - 9	<input type="checkbox"/> 10+	<input type="checkbox"/> Box dropped / Boîte tombée

If the box dropped and resulted in broken glass, please answer the following questions: / Si la boîte est tombée et que du verre est brisé, veuillez répondre aux questions suivantes:

Did any broken glass spill onto the floor? / Du verre brisé s'est-il répandu sur le sol? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Did the box drop during: / La boîte est-elle tombée pendant : ☐ Packing / Emballage ☐ Movement / Déplacement ☐ Shipping / Expédition

Please describe the incident (use additional paper if needed): / Veuillez décrire l'incident (utilisez du papier supplémentaire si nécessaire):

Was the staff wearing protective gear to clean up? / Le personnel portait-il un équipement de protection pour nettoyer? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Was anyone injured?* / Quelqu'un a-t-il été blessé?* ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

***If yes, please attach a copy of the Workers Compensation Form and Record to this report. / **Si oui, veuillez joindre une copie du formulaire et du dossier d'indemnisation des accidents du travail à ce rapport.**

What are your suggestions to help prevent this type of incident from happening in the future? / Quelles sont vos suggestions pour éviter que ce type d'incident ne se reproduise à l'avenir?

Please complete the information and fax or e-mail (and other forms if applicable) to Product Care. / Veuillez indiquer les informations et les envoyer par télécopieur ou par courriel (et les autres formulaires, le cas échéant) à l'Association pour la gestion responsable des produits.

The mailing address, email, fax and telephone number are: / L'adresse postale, l'adresse courriel, le numéro de télécopieur et le numéro de téléphone sont les suivants :

7781 Vantage Way, Delta, BC V4G 1A6
om@productcare.org

FAX / TÉLÉCOPIEUR : 604-592-2982
PHONE / TÉLÉPHONE : 1-877-592-2972 Ext 216

Employee Name / Nom de l'employé	_____	Signature	_____
Manager Name / Nom du gestionnaire	_____	Signature	_____