FEUILLE DE CONTRÔLE

Objet du contrôle : _____ Lieu / équipement : _____

Date et heure : _____ Contrôleur : _____

Fréquence (quotidien, hebdomadaire, mensuel) : _____

N°	Point à contrôler	C	NC	SO	Observations	Action / responsable / délai

C = conforme NC = non conforme SO = sans objet. Nombre de non-conformités : .....

Signature du contrôleur

Visa du responsable