

No de Ref. SADCAS																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## RAPPORT DE RECOMMANDATION D'ÉVALUATION

Date de la visite :	Durée (jours):	
Organisme:		
Lieu:		
Évaluateur(s) technique(s)		
Experts techniques		
Observateurs:		
Responsable d'équipe:		
<b>A. LE PRÉSENT RAPPORT COUVRE</b> (indiquer et rayer les mentions inutiles) : Type d'évaluation		
Pré-évaluation <input type="checkbox"/>	Réévaluation <input type="checkbox"/>	Extension du champ d'application <input type="checkbox"/>
Évaluation initiale <input type="checkbox"/>	Laboratoire d'étalonnage/ d'essai <input type="checkbox"/>	Inspection <input type="checkbox"/>
Visite périodique sur place <input type="checkbox"/>	Évaluation du personnel <input type="checkbox"/>	Certification <input type="checkbox"/>
Visite d'apurement des constats sur place <input type="checkbox"/>	Autre (précisez) <input type="checkbox"/>	Visite de réintégration <input type="checkbox"/>
Projet applicable : (Exemple : essai, inspection, certification, etc.)		
Champ(s) et norme d'accréditation : (Exemple de norme utilisée), Électrique ISO/CEI 17025, Électrique ISO/CEI 17020, Microbiologie ISO 15189, etc.		
<b>B. LES ACTIONS CORRECTIVES PRÉCÉDENTES, SI APPLICABLE.</b> <input type="checkbox"/> Apuré <input type="checkbox"/> Non Apuré		
Commentaires:		



**D. LES ÉCHÉANCES DES ACTIONS CORRECTIVES DE LA SADCAS POUR LES ÉVALUATIONS INITIALES, PÉRIODIQUES SUR PLACE, LES RÉINTÉGRATIONS ET LES RÉÉVALUATIONS.**

1. TG 04 de la SADCAS énonce des recommandations sur la façon de traiter et d'éliminer les non-conformités.
2. Les actions correctives doivent être soumises à la SADCAS avant ou à la date d'échéance.
3. Les organismes sont exposés à un niveau de risque de suspension si elles soumettent des actions correctives après la date d'échéance.
4. Instructions au responsable d'équipe/évaluateur technique/experts techniques (le cas échéant) :  
 Veuillez calculer les dates réelles auxquelles les actions correctives doivent être prises dans les jours suivant **la date d'évaluation** et veuillez les remplir au besoin pour qu'elles soient acceptées par le représentant de l'organisme ci-dessous.

Évaluation initiale		Veuillez Identifier et proposer des actions correctives dans les <b>30 jours</b>	Date:
		Présentez les actions correctives et les preuves de mise en œuvre dans les <b>90 jours.</b>	Date:
Évaluation périodique sur place		Présentez les actions correctives et les preuves de mise en œuvre dans les <b>60 jours.</b>	Date:
Réévaluation			
Réintégration			
Responsable d'équipe :	Nom:	Signé :	Date:
Représentant de la direction :	Nom:	Signé et accepté :	Date: