



Suplemento de plan de seguridad

Nombre(s) del (de los) menor(es):	Trabajador/a:	Fecha/hora en que fue completado el Plan de seguridad:
--	----------------------	---

PELIGRO ESPECÍFICO PARA EL BIENESTAR DEL MENOR:

Acciones inmediatas necesarias para mantener al (a los) menor(es) seguro(s):	¿Quién estará a cargo?	¿Cuál es la fecha límite?	¿Cómo se verificará?	Iniciales de todas las personas involucradas en esta acción

PELIGRO ESPECÍFICO PARA EL BIENESTAR DEL MENOR:

Acciones inmediatas necesarias para mantener al (a los) menor(es) seguro(s):	¿Quién estará a cargo?	¿Cuál es la fecha límite?	¿Cómo se verificará?	Iniciales de todas las personas involucradas en esta acción

