## Checklist Tableau de planification et de contrôle des revues de contrôle qualité de la mission

Cabinet de révision :

Période couverte :

1. Veuillez préciser ci-après le nom des personnes effectuant les revues de contrôle qualité de la mission :

1. Veuillez préciser les dossiers devant être revus :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne responsable/**  **Manager** | **Dossiers à passer en revue** | **Personne effectuant la revue** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Questions** | **Dossiers à passer en revue** |
| Les personnes précitées ont-elles toutes confirmé leur indépendance à l’égard des missions qui ont été revues et, le cas échéant, signé l’accord pour consultation ? |  |
| Le périmètre de la revue a-t-il été convenu ? |  |
| Les conclusions de l'audit sont-elles confirmées par la personne responsable de la revue ? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom** | **Date** | **Signature** |
| Associé (ou autre réviseur d’entreprises) responsable de la mission |  |  |  |

*Source (à mentionner lors de toute utilisation à une autre fin que celle d’un réviseur d’entreprises dans l’exercice de sa mission) : Centre d’information du révisorat d’entreprises (ICCI).*