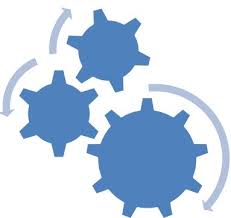
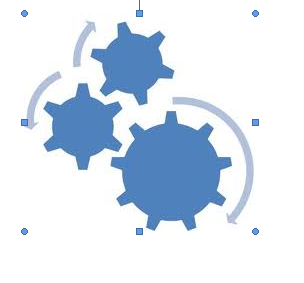
NOM DE LA COLLECTIVITE

Service concerné



**R**EGISTRE de

**S**ANTE et de

 **S**ECURITE au

**T**RAVAIL

***PREAMBULE***

L’utilisation et l’exploitation du registre de santé et de sécurité au travail (RSST) permettent :

* de contribuer à garantir de bonnes conditions de sécurité aux agents et à préserver leur santé ;
* de favoriser l’expression des agents sur ces problématiques ;
* d’améliorer les conditions de travail au quotidien ;
* d’avoir un historique des aspects relatifs à la santé et à la sécurité au sein des services et de suivre leur évolution à travers les réponses apportées ;
* de collecter des informations au plus près du terrain et d’aider l’autorité territoriale dans sa démarche de prévention des risques professionnels.

**QUI PEUT LE REMPLIR ?**

Le registre de santé et de sécurité au travail est mis à la disposition des agents, des usagers et des visiteurs\*, afin de recevoir toutes observations relatives à la santé et à la sécurité.

\* les registres destinés aux usagers peuvent être différents

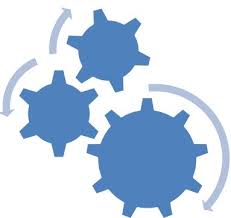
**QUI PEUT LE CONSULTER ?**

* l’autorité territoriale : elle consigne ses observations ;
* le médecin de prévention : le registre est tenu à sa disposition ;
* le Comité Social Territorial (CST) ou la Formation Spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (FSSSCT) ;
* l’assistant / conseiller de prévention : il veille à la bonne tenue du registre ;
* tout organisme ou toute personne compétente dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

*NB : les coordonnées de ces acteurs sont indiquées dans le chapitre 3.*

**OU LE CONSERVER ?**

Le registre de santé et de sécurité au travail, devant être tenu à la disposition des agents, doit être conservé dans un endroit facilement accessible (bureau du secrétariat de mairie, service technique…).



***SOMMAIRE***

**Chapitre 1 : Fondements réglementaires**

**Chapitre 2 : Notice d’utilisation**

**Chapitre 3 : Informations sur la collectivité**

**Chapitre 4 : Emargement de l’information aux agents**

**Chapitre 5 : Visas des consultations**

**Chapitre 6 : Synthèse de suivi des fiches du registre**

**Chapitre 7 : Fiches du registre**



***Chapitre 1 : FONDEMENTS REGLEMENTAIRES***

En application des décrets n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale et n°2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics :

***Article 3-1 décret n°85-603***

Un registre coté de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service et tenu par les agents mentionnés à l'article 4. Ce document contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Le registre de santé et de sécurité au travail est mis à la disposition de l'ensemble des agents et, le cas échéant, des usagers. Il est également mis à la disposition des agents chargés d'une fonction d'inspection mentionnés à l'article 5 et de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, du comité social territorial.

***Article 4 décret n°85-603***

Dans le champ de compétence de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, du comité social territorial, des assistants de prévention et, le cas échéant, des conseillers de prévention sont désignés par l'autorité territoriale sous l'autorité de laquelle ils exercent leurs fonctions. Les assistants de prévention constituent le niveau de proximité du réseau des agents de prévention. Les conseillers de prévention assurent une mission de coordination. Ils sont institués lorsque l'importance des risques professionnels ou des effectifs le justifie.

***Article 4-1 décret n°85-603***

I.- La mission des agents mentionnés à l’article 4 est d’assister et de conseiller l’autorité territoriale auprès de laquelle ils sont placés /…/ dans la mise en place d’une politique de prévention des risques ainsi que dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d’hygiène au travail visant à :  
/…/

4° Veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre coté de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

***Article 60 décret n°2021-571***

La formation spécialisée prend connaissance des observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur le registre coté de santé et de sécurité au travail prévu à l'article 3-1 du décret du 10 juin 1985 susvisé.

***Chapitre 2 : NOTICE D’UTILISATION***

Le présent registre de santé et de sécurité au travail (RSST) constitue un exemple, qui devra être dupliqué au sein de la collectivité et des établissements publics en autant d’exemplaires que cela s’avérera nécessaire (un par service ou par site géographique selon la taille de la collectivité).

**QUE PEUT-ON SIGNALER SUR LE REGISTRE SST ?**

Le document pourra traiter des sujets suivants (liste non exhaustive)

* **L’aspect immobilier**

Difficultés liées à l’accès au service ou au poste de travail, circulations intérieures, parcs de stationnement, escaliers, dégradations, problèmes liés au déplacement de personnes à mobilité réduite, signalisation des dangers.

Etat général du bâtiment : sols, toitures, fermetures, etc…

* **La propreté et l’hygiène**

Nettoyage général ; état des sanitaires.

Etat de propreté des locaux et des bureaux.

* **La sécurité (électricité, gaz, etc.)**

Disjonctions fréquentes, risques d’électrocution, vétusté des installations, état des prises de courant et des interrupteurs (arrachement ou détérioration), fils jonchant le sol ou dénudés, utilisation de prolongateurs ou de blocs multiprises, absence de prise de terre, électricité statique

Vêtements pour travaux extérieurs, équipements de protection individuelle (chaussures, gants, etc.)

* **Les risques d’accidents corporels ou de maladies professionnelles**

Produits ou matériels dangereux : risques d’explosions, brûlures, intoxications, inhalations, problèmes cutanés.

Chutes ou glissades ; risques de maladies contagieuses …

* **Les conditions de travail**

**Bruit**

* convergence de facteurs bruyants (nombre d’agents, réception du public, téléphones)
* matériels bruyants (imprimantes, photocopieuses, etc...).

**Eclairage**

* naturel : excès ou insuffisance (éblouissement, absence de stores),
* artificiel: emplacement et état des luminaires (scintillement, entretien),
* équipement en lampes de bureau…

**Environnement général**

* intérieur : ambiances thermiques et aérations, températures été et hiver, possibilité de réglage des installations, stores, humidité, sécheresse, renouvellement de l'air, atmosphère empoussiérée, courants d’air, tabagisme …
* extérieur : présence d’entreprises polluantes, de bruits (routes, chemin de fer, aéroports…),
* dangers liés à l’accès au lieu de travail (passages piétons, signalisations, marquage et fléchage, éclairage, parc de stationnement …).

**Charges physiques et postures**

* port de charges (lourdes et/ou fréquentes), postures et gestes induisant une gêne ou des douleurs, ou dangereux.

**Espace de travail**

* cadre de vie (sols, murs…), encombrement des locaux de travail, absence de fonctionnalité, obligation de déplacements…

**Formation**

* générale et relative à l’hygiène et à la sécurité,
* liée au poste de travail et préalable à la prise de fonction…

**Travail sur écran**

* environnement du poste (situation, espaces),
* gêne visuelle (reflets, éblouissement, fatigue visuelle);
* équipement ergonomique (tables, lampes, sièges, reposes pied, capots d’imprimantes)…

**Information**

* sur la circulation, les dispositions à prendre en cas d’accident, l’utilisation de produits ou matériels dangereux, premiers secours …

**QUAND COMPLETER LE REGISTRE SST ?**

Dès lors qu’un agent observe :

* un risque encouru éventuel,
* un accident, un incident ou un presque accident vu ou vécu,
* un dysfonctionnement ou le non fonctionnement d’une installation ou d'un dispositif de sécurité,
* toute suggestion relative à la prévention des risques et à l’amélioration des conditions de travail,…

**COMMENT COMPLETER LE REGISTRE SST ?**

*Compléter sur la première fiche vierge libre (Chapitre 7 : recueil des Fiches du RSST) les informations suivantes*

* vos noms et prénoms (recommandé), fonction, service et signature.
* la date et l’heure de l'observation,
* vos observations : risques ou dangers encourus, les circonstances détaillées de la survenance d'un fait, incident ou accident, en précisant les facteurs matériels et humains ayant concouru à sa réalisation, tout fait, toute cause motivant une suggestion,
* la ou les propositions de solutions envisageables, selon vous

**VOUS VOUDREZ BIEN EN INFORMER**

* votre supérieur hiérarchique,
* l’assistant / conseiller de prévention.

**SUITES DONNEES**

Des observations, avis, remarques ou propositions éventuelles seront inscrits sur les cadres prévus par :

* Votre supérieur hiérarchique ;
* L’assistant / conseiller de prévention ;
* Le Comité d’hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

La décision de l’Autorité territoriale sera inscrite dans le cadre prévu à cet effet.

Un cadre est également prévu pour inscrire l’identité de la personne chargée du suivi de la réalisation de l’action.

**MODALITE DE SUIVI DES FICHES**

*Afin de faciliter la tenue et le suivi du registre, renseigner le tableau d’état du registre SST (chapitre 6) au fur et à mesure des étapes de rédaction.*

Il faut organiser la circulation du registre / des fiches pour que chaque acteur concerné (voir point « Suites données ») puisse compléter sa partie.

Par exemple soit :

* Chaque acteur se déplace pour renseigner le registre ;
* Le registre est présenté à chaque acteur afin qu’il le complète ;
* La fiche peut être séparée du registre pour pouvoir circuler entre les différents acteurs mentionnés au point « Suites données »). En attendant le retour de l’original, une copie de la fiche sera alors insérée à la place de l’original.

L’assistant de prévention a un rôle prépondérant dans la tenue et le suivi du registre.

**CLOTURE D’UNE FICHE**

Lorsque l’action a été réalisée, la fiche peut être clôturée.

Le tableau de synthèse du chapitre 6 sera alors complété.

**CLOTURE et ARCHIVAGE DU REGISTRE**

La réglementation ne prévoit pas l’archivage du registre. Cependant, pour des modalités pratiques, il peut être nécessaire de clore un registre (par exemple quand il est complet ; comporte un grand nombre de fiches, à la suite d’une réorganisation des services …).

Les informations relatives à la clôture du registre (date de clôture, nombre de fiches incluses, numéro de la première et dernière fiche) seront renseignées sur le tableau de synthèse du chapitre 6.

Si un nouveau registre est ouvert à la suite, la numérotation des fiches se poursuivra.

*NB* : tous les registres clôturés doivent rester accessibles pour toutes consultations.

**INFORMATION AUX AGENTS**

Les agents viseront la liste d’émargement du chapitre 4 (Emargement information aux agents) dès lors qu’ils auront reçu l’information.

**CONSULTATION DU REGISTRE**

Le chapitre 5 permet de recueillir les visas de consultation des acteurs suivants :

* Autorité Territoriale ;
* Médecin de Prévention ;
* Assistant et/ou Conseiller de Prévention ;
* CST/FSSSCT ;
* Toutes personnes compétentes dans le domaine de la prévention.

***Chapitre 3 : INFORMATIONS SUR LA COLLECTIVITE***

**COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT PUBLIC**

Nom : ......................................................................................................................................

Adresse : ................................................................................................................................

................................................................................................................................................

Tél. : .......................................................................................................................................

Fax : .......................................................................................................................................

Mél : ....................................................................................................................................

**AUTORITE TERRITORIALE**

Maire / Président (Nom – Prénom) : ........................................................................................

**ASSISTANT / CONSEILLER DE PREVENTION (AP/CP)**

L’assistant / conseiller de prévention pour le service :

Nom - Prénom : .....................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

Grade(s) et fonction(s) de l’assistant / conseiller de prévention : ...........................................

................................................................................................................................................

Vous pouvez le rencontrer à :

- Lieu : ………………………………………………………………………………………………

- Jours :……………………………………………………………………………………………..

- Horaires :………………………………………………………………………………………….

Coordonnées :

Tél. : .......................................................................................................................................

Fax : .......................................................................................................................................

Mél : .......................................................................................................................................

**AGENT CHARGE DE LA FONCTION D’INSPECTION (ACFI)**

Si la collectivité a désigné un ACFI :

Nom - Prénom : ......................................................................................................................

Coordonnées :

Tél. : .......................................................................................................................................

Fax : .......................................................................................................................................

Email : ....................................................................................................................................

**MEDECINE DE PREVENTION**

Le médecin de prévention pour la collectivité :

Nom - Prénom : ......................................................................................................................

Coordonnées :

Tél. : .......................................................................................................................................

Fax : .......................................................................................................................................

Mél : .......................................................................................................................................

**SERVICE PREVENTION ET CONDITIONS DE TRAVAIL DU CDG 31**

Consultant en prévention et conditions de travail:

Nom - Prénom : ......................................................................................................................

Coordonnées :

Tél. : .......................................................................................................................................

Fax : .......................................................................................................................................

Mél : .......................................................................................................................................

**LOCALISATION DU PRESENT REGISTRE**

................................................................................................................................................

D’autres registres sont présents à :

- ………………………………………….

- …………………………………………..

- …………………………………………..

- …………………………………………...

- …………………………………………..

- …………………………………………..

- ………………………………………

***Chapitre 4: EMARGEMENT de l’INFORMATION AUX AGENTS***

*Les agents viseront la liste d’émargement suivante quand ils auront reçu l’information relative à l’utilisation du RSST (par exemple à l’occasion de quart d’heure prévention ou lors de l’accueil d’un nouvel arrivant).*

Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance de l’existence du présent registre et de son utilisation:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMARGEMENT DES AGENTS Page 1** | | | | |
| Nom | Prénom | Service | Signature | Remarque |
|  |  |  |  |  |

Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance de l’existence du présent registre et de son utilisation:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMARGEMENT DES AGENTS Page 2** | | | | |
| Nom | Prénom | Service | Signature | Remarque |
|  |  |  |  |  |

***Chapitre 5 : VISAS DES CONSULTATIONS***

Les personnes qui consultent les registres apposent leur signature et complètent le tableau suivant.

Visas des personnes ayant consulté le registre (par exemple : Autorité territoriale, Assistant / Conseiller de Prévention, ACFI, Médecin de Prévention, Consultant Prévention, Inspecteur du Travail …)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTATION DU REGISTRE Page 1** | | |
| **Date de consultation** | **Commentaires** | **Nom / Qualité / Visa** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTATION DU REGISTRE Page 2** | | |
| **Date de consultation** | **Commentaires** | **Nom / Qualité / Visa** |
|  |  |  |

***Chapitre 6 : SYNTHESE DE SUIVI DES FICHES***

Ouvert  le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clôturé le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ce registre comporte \_\_\_\_ fiches numérotées de \_\_\_\_ à \_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro de Fiche | Date de création | Objet | Date Visa supérieur hiérarchique | Date Visa AP/CP | Date Visa CST/FSSSCT | Date décision AT | Actions entreprises | Observations | Date de Clôture |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tableau de synthèse Page 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro de Fiche | Date de création | Objet | Date Visa supérieur hiérarchique | Date Visa AP/CP | Date Visa CST/FSSSCT | Date décision AT | Actions entreprises | Observations | Date de Clôture |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tableau de synthèse Page 2**

***Chapitre 7: RECUEIL DES FICHES***

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **1** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observation (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **2** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **3** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **4** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **5** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **6** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **7** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **8** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **9** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **10** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **11** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **12** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **13** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **14** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **15** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **16** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **17** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **18** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **19** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **20** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **21** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **22** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **23** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **24** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **25** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **26** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **27** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **28** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **29** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRE de SANTE et de SECURITE au TRAVAIL** | **FICHE**  N° **30** |
| **Identité de l’agent** *(à remplir par l’agent)* |
| NOM – Prénom : signature :  Fonction : Service : |
| **Observations, suggestions** (*à remplir par l’agent)*  **dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents**  *(évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)* | |
| Date : Heure :  Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) : | |
| Observations *(risque(s) ou danger(s) constaté(s), défectuosité(s) de matériel …) :* | |
| Eventuelles suggestions, propositions d’amélioration : | |
| **Suites données** | |
| **Observations (éventuelles) du supérieur hiérarchique**  Mesures envisagées :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Avis et/ou proposition de l’assistant /conseiller de prévention**  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Examen du Comité Social Territorial ou de La Formation Spécialisée**  Observations (éventuelles) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Décision de l’autorité territoriale** | |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :  Date : NOM – Prénom : Visa : | |
| **Réalisation / suivi** | |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**  NOM - Prénom : Fonction :  Délai de réalisation prévu : | |
| **Clôture** | |
| Action réalisée le : | |