



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Timbre de
l'EPLÉ*

REGISTRE SANTE SECURITE AU TRAVAIL

Fiche N°

L'original de la fiche doit être conservé impérativement dans le registre

Description du lieu:

→ Etablissement (N°RNE) :.....

Nom :.....

Adresse :.....

→ Nom et fonction de l'agent ou usager déclarant:

☎ :

Mail :

Chef d'établissement :

.....

Assistant de prévention :

.....

AGENT ou USAGER

*Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels
et à l'amélioration des conditions de travail*

Description de la situation: Événement accidentel (Accident corporel et/ou matériel ; accident bénin ou presque accident)

Risque et évaluation des conditions de travail

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

Suggestion(s) d'amélioration : (Communication-Organisation-Technique-Santé)

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

Date :/...../.....

Heure exacte :H.....

Signature :

PREMIERE EXPLOITATION:(pour les agents de la collectivité)

Date de visée :/...../.....

Signature :

Supérieur hiérarchique (de la collectivité)

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

CHEF D'ETABLISSEMENT

Selon le degré d'urgence ou de gravité potentielle, le chef d'établissement décide et met en œuvre une action conservatoire.
Si une autre structure a été consultée à titre de conseil pour aider à définir les mesures conservatoires, vous noterez ci-dessous le nom de la personne et de la structure, et le moyen de contact (Tél, fax, courriel, ...) :

Date de visée :/...../.....

Signature :

Mesures conservatoires immédiates :

(Indiquer les mesures)

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

Réponse :

Actions programmées :

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

Présentation à la **CHS ou CA** de l'établissement le :/...../.....

Observations de la **CHS ou CA** de l'établissement

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

Intégré dans le document unique : Oui Non

TRANSMISSION AU CHSCT COMPETENT

Transmis au CHSCT D33 E.N.

Date :/...../.....

CHSCT D (adresse)

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

Transmis au CHS CT de la Gironde collectivité

Date :/...../.....

Service santé sécurité au travail (adresse)

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

Observations

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