



CENTRE DE GESTION
DU TERRITOIRE DE BELFORT

REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

En application du décret 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

Date d'ouverture du registre :

Date de clôture du registre :



Maison des Communes – Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale
29, Bld Anatole France – 90006 BELFORT Cedex

Collectivité

Nom
 Adresse
 Tél
 Fax
 Email

Nom de l'autorité territoriale

.....
.....

Agents de prévention (assistants/conseillers)

Nom Prénom.....
Service.....

Agent Chargé de la Fonction d'Inspection (ACFI)

Nom Prénom.....

Service.....

Centre de Gestion du Territoire de Belfort

Contact

Centre de Gestion du Territoire de Belfort – Comité Technique

03 84 57 65 65 – contact : Marie Elise BONNET

Centre de Gestion du Territoire de Belfort – Service Prévention

03 84 57 65 63 – contact : Valérie SIEGEL-vsiegel@cdg90.fr

Registre de prévention

Référence : article 43 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié.

Les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail sont consignées sur le registre de prévention, qui doit être mis à la disposition des agents et, le cas échéant, des usagers, dans chaque service.

1. Les objectifs du registre de prévention

Le registre de prévention permet :

- 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 l'hygiène 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.

L'utilisation de ce registre concerne uniquement les sujets relatifs à l'hygiène et à la sécurité des agents au sein de la collectivité. Les observations recueillies peuvent notamment avoir pour objet :

- les locaux de travail : aménagement, stockages, propreté...,
- les machines ou les outils,
- les équipements de protection individuelle ou collective,
- les situations à risques : risques liés aux installations électriques, à l'utilisation de produits dangereux, à la conduite des engins, aux conditions de circulation...,
- les conditions de travail : bruit, éclairage, ventilation des locaux, espaces de travail, manutentions manuelles, travail sur écran...
- la formation dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.

2. Localisation du (des) registre(s)

Le nombre de registres est fonction de la taille et de l'implantation géographique des services de la collectivité. Ils doivent pouvoir être facilement consultables par les agents (local de pause...). Réglementairement, il convient de mettre en place un registre par service.

3. Qui peut le consulter ?

- ☞ L'Autorité territoriale : elle y consigne ses observations
- ☞ Le médecin de prévention : le registre est tenu à sa disposition
- ☞ Le Comité Technique (CT) ou le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
- ☞ Tout organisme ou toute personne compétente dans le domaine de la prévention des risques professionnels

Le registre de prévention est ouvert à tous les agents de la collectivité et doit se trouver en permanence à :

Préciser le site exact de sa localisation :

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

DÈS LORS QUE SONT MENTIONNÉS :

- ✓ un risque éventuel observé ou encouru,
- ✓ un accident ou un incident 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,...

IL CONVIENT D'INDIQUER :

- ✓ la date et l'heure de l'observation,
- ✓ 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 solutions envisageables, selon vous
- ✓ et vos nom et prénom lisibles.

Ce registre n'est pas un cahier destiné à recueillir les doléances de tout ordre, mais un outil destiné à faire progresser les sujets relatifs à l'hygiène et la sécurité.

Consultation du registre par l'agent de prévention

Date de consultation par l'assistant/le conseiller de prévention	Commentaire	Visa

Date de consultation par l'assistant/le conseiller de prévention	Commentaire	Visa

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :	Date :	
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
.....		
.....		
.....		
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défectuosité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
.....		
.....		
.....		
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défectuosité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défectuosité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défectuosité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
.....		
.....		
.....		
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :	Date :	
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
.....		
.....		
.....		
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

IDENTITE DE L'AGENT (à compléter par l'agent)		
Nom :	Prénom :	Signature :
Service :	Fonction :	
OBSERVATIONS, SUGGESTIONS (à compléter par l'agent)		
Date :	Heure :	
Lieu :		
Observations (risques ou dangers constatés, défektivité de matériel...) :		
.....		
.....		
.....		
.....		
Suggestions, mesures d'amélioration proposées :		
.....		
.....		
.....		
SUITES DONNEES		
Mesures envisagées :		
.....		
.....		
.....		
DELAI.....		
Personne chargée du suivi		
Nom :	Prénom :	Fonction :
RESPONSABLE HIERARCHIQUE	LE MAIRE OU LE PRESIDENT	
Nom :	Date :	
Prénom :	Visa :	
Fonction :		
Date :		
Visa :		
Clôture		
Action (s) réalisée(s) :		Date :
Une copie de cette fiche a été transmise au CHSCT ou pour les collectivités de moins de 50 agents, au CT du Centre de Gestion le.....		
Agent de prévention :	Date :	Signature :

