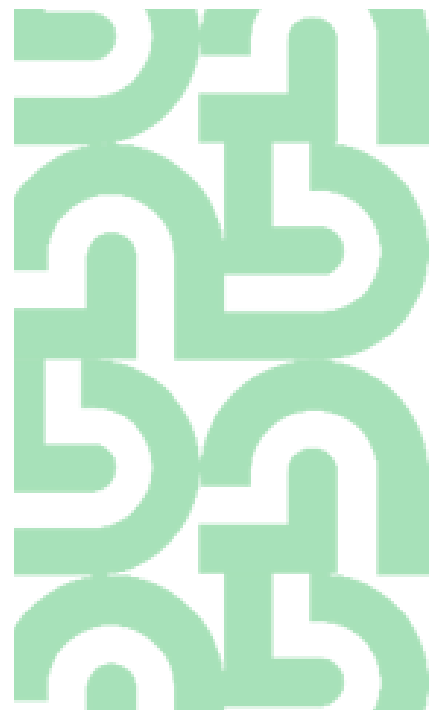


REGISTRE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL



UNITÉ DE TRAVAIL

PRÉAMBULE

L'utilisation et l'exploitation du registre de santé et de sécurité (RSST) permettent :

- de contribuer à garantir de bonnes conditions de sécurité aux agents et à préserver leur santé physique et mentale
- 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 la Direction 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 les observations relatives à la santé et à la sécurité et à l'amélioration des conditions de travail.

Qui peut le consulter ?

- l'assistant de prévention veillent à la bonne tenue registre
- la Direction consigne ses observations
- le registre est tenu à la disposition du médecin de prévention, du secrétaire du CSA-FS et de tout organisme compétent dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Les coordonnées de ces acteurs sont indiquées dans le chapitre 3.

Où 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, identifié par l'assistant de prévention du bâtiment.

SOMMAIRE

Chapitre 1 : Fondements réglementaires

Chapitre 2 : Notice d'utilisation

Chapitre 3 : Informations administratives

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 RÉGLEMENTAIRES

En application du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Article 3-2 : Un registre 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 tenu à la disposition de l'ensemble des agents et, le cas échéant, des usagers. Il est également tenu à la disposition des inspecteurs santé et sécurité au travail et des formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail compétentes ou, à défaut des comités sociaux d'administration.

Article 4 : Dans le champ de compétence des formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ou, à défaut, des comités sociaux d'administration, des assistants de prévention et, le cas échéant, des conseillers de prévention sont nommés par les chefs de service concernés, sous l'autorité desquels 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 ou lorsque l'organisation territoriale du département ministériel ou de ces établissements publics le justifient.

Les chefs de service concernés adressent aux agents mentionnés au premier alinéa une lettre de cadrage qui définit les moyens mis à leur disposition pour l'exercice de leurs missions. Une copie de cette lettre est communiquée à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail dans le champ de laquelle l'agent est placé ou, à défaut, au comité social d'administration

Article 5-2 : Les fonctionnaires et inspecteurs santé et sécurité au travail contrôlent les conditions d'application des règles définies à l'article 3 et proposent au chef de service intéressé toute mesure qui leur paraît de nature à améliorer l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des risques professionnels. En cas d'urgence, ils proposent au chef de service concerné, qui leur rend compte des suites données à leurs propositions, les mesures immédiates jugées par eux nécessaires. Dans tous les cas, le chef de service transmet à ses supérieurs hiérarchiques les propositions auxquelles il n'a pas pu donner suite.

Dans ce cadre, ils ont librement accès à tous les établissements, locaux et lieux de travail dépendant des services à inspecter et se font présenter les registres prévus par la réglementation.

CHAPITRE 2

NOTICE D'UTILISATION

Que peut-on signaler dans le registre SST ?

Le document pourra traiter de tout sujet en lien avec la santé physique et mentale, et la sécurité, en milieu d'études et de travail (liste non exhaustive)

- l'environnement général

Ambiances thermiques, phoniques, éclairage. Possibilité de réglage des installations, stores, humidité, sécheresse. Empoussièrement

- les aspects immobiliers

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.

Encombrement des locaux de travail, risque de chute, de heurt

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 des installations techniques

Disjonctions fréquentes, risques électriques, 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.)

- l'ergonomie des postes de travail

Environnement du poste (situation, espaces, gêne visuelle (reflets, éblouissements, fatigue visuelle).

Equipement ergonomique (tables, lampes, sièges, repose-pied,)

- les risques chimiques et biologiques

Risques de brûlures, d'intoxications, d'inhalations, problèmes cutanés

- les formations

Générale et relative à l'hygiène et à la sécurité. Liée au poste de travail et préalable à la prise de fonction

- les risques liés à la co-activités avec les entreprises extérieures

Présence d'entreprises polluantes, de bruits, de dangers

- les informations

Dispositions à prendre en cas d'accident, premiers secours, notices de poses, consignes d'utilisation de produits ou de matériels dangereux

Quand compléter le registre SST ?

Dès lors qu'un agent observe un risque encouru, 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 compléter le registre SST ?

Compléter la première fiche vierge (Chapitre 7 : recueil des fiches RSST) avec 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 à fait, toute cause motivant une suggestion
- la ou les propositions de solutions envisageables, selon vous

Vous voudrez bien informer

- votre supérieur hiérarchique
- l'assistant / le conseiller de prévention

Suites données

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

- votre supérieur hiérarchique
- l'assistant / le conseiller de prévention
- la formation spécialisée du CSA

La décision de la Gouvernance 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.

Modalités 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.

L'assistant de prévention a un rôle prépondérant dans la tenue et le suivi du registre. Il organise la circulation du registre / des fiches pour que chaque acteur concerné puisse compléter sa partie. La fiche peut-être séparée du registre pour pouvoir circuler entre les différents acteurs. En attendant le retour de l'original, une copie de la fiche sera alors insérée à la place de l'original.

Clôture de la fiche

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

Le tableau de synthèse du chapitre 6 sera alors complété. Il est présenté annuellement au CSA-FS.

Clôture et archivage du registre

Il peut être nécessaire de clore un registre (lorsqu'il est complet ou à l'occasion d'une réorganisation de 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. Tous les registres clôturés doivent rester accessibles pour toutes consultations auprès du conseiller de prévention.

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 des consultations des acteurs suivants :

- Direction
- Médecin de prévention
- Assistant et/ou Conseiller de prévention
- CSA-FS
- Toutes personnes concernées et compétentes dans le domaine de la prévention

CHAPITRE 3

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Etablissement public :

Université de Guyane
Campus Troubiran
0594 29 79 10

Président :

Laurent Linguet

Conseiller de prévention

Hélène Ranvier
0694 20 36 20
cp@univ-guyane.fr

Unité de travail

.....

Assistant de prévention

Nom-Prénom :

.....

Grade et fonction :

.....

Vous pouvez le rencontrer à :

- Lieu :

.....

- Jours :

.....

- Horaires :

.....

Coordonnées :

Tel :

Mail :

Médecine de prévention

Service de prévention et de santé au travail de Guyane

Localisation du présent registre :

.....

.....

.....

.....

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, à l'occasion de quart d'heure prévention où 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

[illegible]

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

[illegible]

CHAPITRE 5

VISAS DES CONSULTATIONS

Les personnes qui consultent le registre apposent leur signature et complètent le tableau suivant

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

[illegible]

Emargement de la consultation (page 2)

[illegible]

CHAPITRE 6

SYNTHÈSE DE SUIVI DES FICHES



Ouvert le:

Clôturé le:

Le registre comporte fiches numérotées de à

[illegible]

[illegible]

CHAPITRE 7

RECUEIL DES FICHES

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...) :</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		

Registre de santé et de sécurité au travail		Fiche N°
Identité du déclarant Nom - Prénom : Fonction : Service : Signature :		
Déclaration		
Observations, suggestions dans tout domaine de la santé, de la sécurité et des conditions de travail Date : Heure : Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné) : Observations (risque ou danger constaté, défectuosité de matériel, ...) Suggestions éventuelles, propositions d'amélioration :		
Suites apportées		
Observation du supérieur hiérarchique <u>Mesures envisagées</u> Date : Nom Prénom : Visa : Avis et/ou proposition de l'assistant/conseiller de prévention Date : Nom Prénom : Visa : Examen au CSA-FS <u>Observations éventuelles</u> Date : Nom Prénom : Visa :		
Décision de l'administration <u>Observations (mesures prises, avis, refus, ...)</u> : Date : Nom Prénom : Visa :		
Réalisation / Suivi Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action Date : Nom Prénom : Fonction : Délai prévisionnel :		
Clôture Action réalisée le :		