

# REGISTRE SANTE SECURITE AU TRAVAIL

|                  |  |                                |  |
|------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>Structure</b> |  | Référence (à remplir par l'AP) |  |
|------------------|--|--------------------------------|--|

## 1. OBSERVATION

|                   |  |              |  |                  |  |                 |  |
|-------------------|--|--------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| <b>Date</b>       |  | <b>heure</b> |  | <b>Téléphone</b> |  | <b>Courriel</b> |  |
| <b>Nom Prénom</b> |  |              |  | <b>Fonction</b>  |  |                 |  |

Indiquer toutes observations et/ou suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail. Préciser si possible : postes de travail concernés, nature du danger potentiel ou présent, causes probables, personnes exposées, mesures prises...

TR@NSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE à votre (vos) assistant(s) de prévention

## 2. AVIS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS DE L' ASSISTANT DE PREVENTION

|             |  |                   |  |
|-------------|--|-------------------|--|
| <b>Date</b> |  | <b>Nom Prénom</b> |  |
|-------------|--|-------------------|--|

Précisions sur le risque et propositions d'actions le cas échéant

TR@NSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE au directeur de structure Saisie dans l'application AIE (unités CNRS)



## 3. DIRECTEUR DE STRUCTURE

|                           |  |                        |  |
|---------------------------|--|------------------------|--|
| <b>OBSERVATION / VISA</b> |  | <b>Date</b>            |  |
|                           |  | <b>Nom / signature</b> |  |

|                               |  |  |                          |  |
|-------------------------------|--|--|--------------------------|--|
| <u>Directeur de structure</u> | TR@NSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE<br>Au service compétent, le cas échéant |  | <u>Service compétent</u> |  |
|-------------------------------|--|--|--------------------------|--|

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <u>Assistants de prévention</u> | TR@NSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE<br>Aux Établissements de tutelle : <a href="mailto:securite.cnrs-inserm-unistra@c-strasbourg.fr">securite.cnrs-inserm-unistra@c-strasbourg.fr</a> et à la personne qui a indiqué l'observation |
|---------------------------------|---|



IMPRIMER LE FORMULAIRE - LE SIGNER - L'INTEGRER AU REGISTRE PAPIER

## 4. SUIVI DE L'OBSERVATION

|  |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| <b>Description des actions mises en place (le cas échéant)</b> |  | <b>Date</b>             |  |
|  |  | <b>Nom et signature</b> |  |

## 5. EXAMEN PUIS OBSERVATIONS DU CHSCT COMPÉTENT

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| <b>CHSCT compétent</b>                                    |  | <b>Date</b> |  |
| Résumé des discussions, avis et proposition de l'instance |  |             |  |