

## Registre de Santé et Sécurité au Travail – fiche n°1.

Administration, établissement ou service :				
Nom de l'assistant de prévention chargé de la tenue du registre :				
Date : Heure :	Nom et prénom de l'agent ou de l'utilisateur :	Signature :		
<p><b>Observations et suggestions de l'agent relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (cocher la case correspondante et préciser dans l'espace prévu) :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Situation dangereuse observée ou vécue  <input type="checkbox"/> Accident ou incident vu ou vécu (détailler les circonstances de leur survenance et préciser les facteurs matériels et humains ayant concouru à sa réalisation)         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement ou non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité  <input type="checkbox"/> Suggestion relative à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (éclairage, bruit, environnement général, etc.)         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Situation dangereuse observée ou vécue <input type="checkbox"/> Accident ou incident vu ou vécu (détailler les circonstances de leur survenance et préciser les facteurs matériels et humains ayant concouru à sa réalisation)	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement ou non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité <input type="checkbox"/> Suggestion relative à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (éclairage, bruit, environnement général, etc.)
<input type="checkbox"/> Situation dangereuse observée ou vécue <input type="checkbox"/> Accident ou incident vu ou vécu (détailler les circonstances de leur survenance et préciser les facteurs matériels et humains ayant concouru à sa réalisation)	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement ou non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité <input type="checkbox"/> Suggestion relative à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (éclairage, bruit, environnement général, etc.)			
Nom du chef d'établissement ou de service :	Date :	Signature :		
Observations (éventuelles) par le chef d'établissement ou de service (pouvant comprendre, le cas échéant la ou les solutions envisageables) :				
Examen du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :		Date :		
Observations (éventuelles) du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail				