**REGISTRE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Création :** |  |
| **Mise à jour :** |  |
| **CST :** |  |

**REFERENCE REGLEMENTAIRE**

 **Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale** :

«  Art. 3-1.-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. »

**AVANT PROPOS**

 Ce document doit permettre à chacun de noter toutes les remarques liées à l’hygiène et à la sécurité : observations, questions, améliorations ou même idées, et d’apporter le suivi nécessaire pour la prévention des risques.

 Il est mis à disposition de tous les agents et constitue un outil incontournable en matière d’hygiène et de sécurité.

 Ces remarques peuvent avoir pour objet :

* Les évènements qui auraient pu créer un accident
* L'aménagement des locaux,
* Les équipements et véhicules utilisés,
* Les Equipements de Protection Individuelle (EPI),
* Les équipements de protection collective,
* L'hygiène...

**RENSEIGNEMENT**

**Collectivité :**

**Adresse :**

**Tél :**

**Nom de l’assistant prévention :**

**PROCEDURE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACTEURS** | **ACTIONS** |
| **1** | L’agent  | Il consigne ses observations et ses suggestions éventuelles (relatives à la Santé et Sécurité au Travail) dans le cadre I - « AGENT ».En informe l’assistant de prévention et/ou le Conseiller en prévention. |
| **2** | L’assistant de prévention | Il prend connaissance des informations inscrites.Il rédige ses observations dans le cadre IIIl fait part des observations à l’autorité territoriale en lui communiquant la page renseignée |
| **3** | L’autorité territoriale  | L’autorité territoriale vise ensuite le document et approuve ou non les mesures d’améliorations dans le cadre III.Elle fait appliquer les décisions prises. |
| **6** | l’assistant de prevention | Il remet la fiche d’observation dans le registre et la communique au CST du Centre de gestion |

**Autorité territoriale :**

**Assistant de Prévention :**

FEUILLET D’OBSERVATION N° 1

Date :

Signature :

**AUTORITE**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Observations :

**AGENT**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Mesures d’amélioration proposées :

Mesures d’amélioration proposées :

Suite donnée aux propositions et observations : Date :

 Signature :

Chargé de mise en œuvre :

FEUILLET D’OBSERVATION N° 2

Date :

Signature :

**AUTORITE**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Observations :

**AGENT**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Mesures d’amélioration proposées :

Mesures d’amélioration proposées :

Suite donnée aux propositions et observations : Date :

 Signature :

Chargé de mise en œuvre :

FEUILLET D’OBSERVATION N° 3

Date :

Signature :

**AUTORITE**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Observations :

**AGENT**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Mesures d’amélioration proposées :

Mesures d’amélioration proposées :

Suite donnée aux propositions et observations : Date :

 Signature :

Chargé de mise en œuvre :

FEUILLET D’OBSERVATION N° 4

Date :

Signature :

**AUTORITE**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Observations :

**AGENT**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Mesures d’amélioration proposées :

Mesures d’amélioration proposées :

Suite donnée aux propositions et observations : Date :

 Signature :

Chargé de mise en œuvre :

FEUILLET D’OBSERVATION N° 5

Date :

Signature :

**AUTORITE**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Observations :

**AGENT**

**ASSISTANT DE PREVENTION**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Date : Heure :

Lieu :

Mesures d’amélioration proposées :

Mesures d’amélioration proposées :

Suite donnée aux propositions et observations : Date :

 Signature :

Chargé de mise en œuvre :