



Direction des Affaires Scolaires

# **REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

# REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Conformément à l'article 3-1 du décret n° 85-603 modifié, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, un registre de santé et de sécurité au travail doit être mis à la disposition du personnel dans chaque service.

Vous avez la possibilité de consigner dans ce document toutes les observations et suggestions que vous jugerez utiles de formuler dans les domaines de l'hygiène, la sécurité, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

Ces observations seront portées à la connaissance de votre responsable hiérarchique direct et des agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (assistants de prévention, relais de prévention, animateur sécurité,...). Ils vous informeront, sous quinzaines, des suites susceptibles d'y être données.

Si la nature de l'observation l'impose, elle sera portée à l'ordre du jour d'une réunion du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

## MODE D'EMPLOI DU REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Placez ce rabat cartonné sous les 3 feuilles carbone (une blanche, une jaune et une rose).

Indiquez la date du jour, votre nom, prénom et grade et numéro de SOI.

Préciser votre service d'affectation.

Préciser la dénomination et l'adresse exacte du lieu pour lequel l'observation est formulée.

Consignez vos observations de façon claire et détaillée avec une écriture lisible.

Signez à l'emplacement prévu à cet effet.

Laisser les feuilles dans le registre qui sera relevé en fin de semaine par .....

**Feuille blanche** à destination du responsable hiérarchique direct et du relais ou assistant de prévention.

**Feuille jaune** à envoyer au secrétariat du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

**Feuille rose** à conserver sur le talon du registre.

## REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

DATE: .....

NOM: ..... PRÉNOM: .....

GRADE: ..... N° SOI: .....

DIRECTION: .....

SERVICE D'AFFECTATION: .....

### OBSERVATIONS DE L'AGENT:

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

DATE

SIGNATURE

**NATURE DE L'OBSERVATION:** Partie complétée par les relais de prévention, l'animateur sécurité, l'animateur prévention, autres: ..... (selon l'organisation interne de la direction)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Locaux et espaces de travail (Hygiène des locaux, des lieux d'intervention, ordre et propreté, conception des postes, aménagement des postes de travail,...). | <input type="checkbox"/> Respect de la réglementation du travail.   |
| <input type="checkbox"/> Habillement et équipement de protection individuelle.   | <input type="checkbox"/> Circulation routière: (état du véhicule,...).  |
| <input type="checkbox"/> Facteurs de risque organisationnels (information, formation, communication, répartition du travail).  | <input type="checkbox"/> Facteurs de risque biologique (seringue,...).  |
| <input type="checkbox"/> Facteurs de risque psychosociaux (alcoolisme, agression,...).   | <input type="checkbox"/> Facteurs de risque physique (dangers électriques, dangers mécaniques, chute d'objet, manutention mécanique, manutention manuelle,...). |
|  | <input type="checkbox"/> Facteurs de risque chimique (substances chimiques,...) Faune et Flore.   |
|  | <input type="checkbox"/> Malveillance et sûreté.  |
|  | <input type="checkbox"/> Autres: .....  |

**MESURES PRÉVENTIVES OU CORRECTIVES** prises par le supérieur hiérarchique direct, autres: ..... (selon l'organisation interne de la direction)

.....  
.....

DATE

SIGNATURE

### TRANSMISSION POUR ACTION ET/OU INFORMATION:

- Supérieur hiérarchique  
 Conseiller en prévention des risques professionnels  
 Inspecteur santé sécurité  
 Autres, .....