Registre de santé et sécurité au travail

COLLECTIVITE : .....

A QUOI SERT CE REGISTRE ?

Ce registre est un outil de communication mis à la disposition de tous les agents et également des usagers. Ces derniers pourront y consigner leurs observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Il permet de :

- Signaler un dysfonctionnement, une anomalie mettant en cause l'hygiène et la sécurité sur le lieu du travail,
- Contribuer à garantir de bonnes conditions de sécurité aux agents et à préserver leur santé,
- De favoriser l'expression des agents sur ces problématiques,
- Poser des questions relatives à l'hygiène, la sécurité et aux conditions de travail,
- Proposer des améliorations,
- Donner des idées.

QUE PEUT-ON SIGNALER SUR CE REGISTRE ?

Les observations recueillies peuvent notamment avoir pour objet :

- Les locaux de travail : aménagements, stockages, propreté et hygiène, etc.
- L'aspect immobilier : les difficultés liées à l'accès au lieu de travail ou au poste de travail, les circulations intérieures, le parc de stationnement, les escaliers, les dégradations observées, la signalisation des dangers, l'état général du bâtiment, etc.
- Les équipements de travail : photocopieur, ordinateur, etc.
- Les conditions de travail : éclairage, bruit, ambiance thermique, travail sur écran, etc.
- La sécurité : état des prises de courant, fils jonchant le sol ou dénudés, etc.

Attention, Ce registre n'est en aucun cas destiné à recueillir les doléances de tous ordres, mais un outil ayant un objectif précis et relevant d'un domaine spécifique : prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail.

De plus, il ne doit pas être utilisé de manière excessive, certains points pouvant être réglés rapidement en s'adressant directement au responsable du service concerné.

QUI PEUT LE CONSULTER ?

Peuvent consulter le registre de santé et de sécurité au travail :

- Les membres du Comité Social Territorial (CST)
- Le service de médecine préventive
- Le ou les assistants et conseillers de prévention
- L'agent chargé de la fonction d'inspection (ACFI)
- L'ensemble des agents et, le cas échéant, les usagers

En outre, le CST prend connaissance des observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail consignées sur le registre de santé et sécurité au travail.

Aussi les fiches remplies dans le registre doivent être communiquées à le CST au fur et à mesure de leur remplissage.

QUI SE CHARGE DU SUIVI ?

La tenue et le suivi du registre de santé et de sécurité sont réalisés par le ou les assistants et conseillers de prévention.

FICHE DE SIGNALEMENT N° 1/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 2/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 3/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 4/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 5/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 6/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 7/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 8/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 9/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 10/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 11/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 12/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 13/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 14/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....

FICHE DE SIGNALEMENT N° 15/15

Etablissement ou service :

.....

.....

.....

Nom : .....

Prénom : .....

Poste occupé : .....

.....

NATURE DE L'OBSERVATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUGGESTIONS prévention des risques professionnels / amélioration des conditions de travail

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SUITES DONNEES / MESURES PRISES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature de l'intéressé :

.... / .... / ....

Date et signature du responsable :

.... / .... / ....