|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Académie d’Orléans Tours Etablissement :  Nom de l’assistant de prévention :  Le registre de santé et de sécurité au travail doit être mis à la disposition de tous les agents et usagers, dans tous les services ou unités quels que soient les effectifs, afin de pouvoir consigner toutes les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l’amélioration des conditions de travail.  Tout agent (ou usager) de l’établissement peut inscrire toutes les observations et toutes les suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l’amélioration des conditions de travail. | | |
| Date :  Heure : | Nom et prénom de l’agent ou de l’usager :  Signature : | |
| **Exposé de la situation et suggestions éventuelles relatives à la prévention des risques professionnels et à l’amélioration des conditions de travail** (vous pouvez inscrire vos remarques dans ce cadre, les autres cases seront ensuite complétées par l’administration) :  Le protocole sanitaire ministériel de ré-ouverture des écoles ne peut être respecté *: (détailler)*  *-*  *-*  *-*  *-*  *-*  *-*  *-*  CONTACTER UN MEMBRE DU CHSCT POUR L’INFORMER DE VOTRE SITUATION | | |
| Date : Heure : Signature du directeur d’école : | | |
| **Réponse et observations (éventuelles) :**  ..................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................. | | |
| Nom du responsable hiérarchique : | | Date :  Signature : |
| **Observations (éventuelles) par le responsable hiérarchique :**  ..................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................. | | |
| 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**  ..................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | |  |
|  | | |
|  | |  |
|  | | |