|  |
| --- |
| 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) :....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................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**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| 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) :....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................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**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |