


## REGISTRE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

SECURITE  
tous concernés



En application du  décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale.

**Art. 48.** - Le comité (le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou le comité technique lorsqu'il exerce les missions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) prend, en outre, 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 mentionné à l'article 3-1.

**COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT PUBLIC**

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél. : .....  
Fax : .....  
Email : .....

**AUTORITE TERRITORIALE**

Maire / Président (Nom – Prénom) : .....

**Assistant / Conseiller de prévention** (anciennement ACO)

Nom - Prénom : .....  
.....  
.....

Grade(s) et fonction(s) de l'assistant / conseiller de prévention : .....  
.....

**ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection)**

Convention de mise à disposition d'un ACFI par le CDG 54 (*rayez la mention inutile*) :  
oui / non

**Coordonnées du service hygiène et sécurité du CDG 54**

Tél. : 03 83 67 48 18  
Fax : 03 83 97 88 43  
E-mail : prevention@cdg54.fr

Si la collectivité a désigné un ACFI, Nom – Prénom :  
.....

**Coordonnées**

Service : .....  
Tél. : .....  
Fax : .....

**INFORMATION EFFECTUEE AUPRES DES AGENTS**

Date de mise en place du registre (présentation aux agents) : .....

*La liste d'émargement de l'information aux agents est à compléter (page 6) lors de cette séquence d'information et lors de l'accueil de tout nouvel agent.*

**LOCALISATION DU PRESENT REGISTRE**

.....

# INTRODUCTION

Le présent registre constitue un modèle, qui devra être dupliqué au sein de la collectivité et des établissements publics en autant d'exemplaires que cela s'avérera nécessaire (un par service ou par site géographique selon la taille de la collectivité).

## QUI PEUT LE REMPLIR ?

Le registre de santé et de sécurité au travail doit être mis à la disposition des agents, des usagers et des visiteurs, afin de recevoir toutes observations relatives à la santé et à la sécurité.

## QUI PEUT LE CONSULTER ?

- L'autorité territoriale : elle consigne ses observations
- Le médecin de prévention : le registre est tenu à sa disposition
- Le Comité Technique (CT) ou le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- L'assistant / conseiller de prévention : il veille à la bonne tenue du registre
- Tout organisme ou toute personne compétente dans le domaine de la prévention des risques professionnels

## OU LE CONSERVER ?

Le registre de santé et de sécurité au travail, devant être tenu à la disposition des agents, il doit être conservé dans un endroit facilement accessible (bureau du secrétariat de mairie, service technique...).

## ***Que peut-on signaler sur le registre ?***

### EXEMPLES

#### L'ASPECT IMMOBILIER

- Difficultés liées à l'accès au service ou au poste de travail, circulations intérieures, parcs de stationnement, escaliers, dégradations, problèmes liés au déplacement de personnes à mobilité réduite, signalisation des dangers
- Etat général du bâtiment : sols, toitures, fermetures, etc.

#### LA PROPETE ET L'HYGIENE

- Nettoyage général ; état des sanitaires
- Etat de propreté des locaux et des bureaux

#### LA SECURITE (ELECTRICITE, GAZ, ETC.)

- Disjonctions fréquentes, risques d'électrocution, vétusté des installations, état des prises de courant et des interrupteurs (arrachement ou détérioration), fils jonchant le sol ou dénudés, utilisation de prolongateurs ou de blocs multiprises, absence de prise de terre, électricité statique
- Vêtements pour travaux extérieurs, équipements de protection individuelle (chaussures, gants, etc.)

#### LES RISQUES D'ACCIDENTS CORPORELS OU DE MALADIES PROFESSIONNELLES

- Produits ou matériels dangereux : risques d'explosions, brûlures, intoxications, inhalations, problèmes cutanés
- Chutes ou glissades ; risques de maladies contagieuses ...

#### LES CONDITIONS DE TRAVAIL

##### a. Éclairage

- naturel : excès ou insuffisance (éblouissement, absence de stores)

- artificiel général : emplacement et état des luminaires (scintillement, entretien)
- équipement en lampes de bureau

b. Bruit

- convergence de facteurs bruyants (nombre d'agents, réception du public, téléphones)
- matériels bruyants (imprimantes, photocopieuses, etc.)

c. Environnement général

- intérieur : ambiances thermiques et aérations, températures été et hiver, possibilité de réglage des installations, stores, humidité, sécheresse, renouvellement de l'air, atmosphère empoussiérée, courants d'air, tabagisme ...
- extérieur : présence d'entreprises polluantes, de bruits (routes, chemin de fer, aéroports ...), dangers liés à l'accès au lieu de travail (passages piétons, signalisations, marquage et fléchage, éclairage, parc de stationnement ...)

d. Espace de travail

- Cadre de vie (sols, murs ...), encombrement des locaux de travail, absence de fonctionnalité, obligation de déplacements

e. Charges physiques et postures

- Port de charges (lourdes et/ou fréquentes), postures et gestes induisant une gêne ou des douleurs, ou dangereux

f. Travail sur écran

- Environnement du poste (situation, espaces), gêne visuelle (reflets, éblouissement, fatigue visuelle); équipement ergonomique (tables, lampes, sièges, repose pied, capots d'imprimantes)

g. Formation

- Générale et relative à l'hygiène et à la sécurité
- Liée au poste de travail et préalable à la prise de fonction

h. Information

- Sur la circulation, les dispositions à prendre en cas d'accident, l'utilisation de produits ou de matériels dangereux, premiers secours ...

***Ce registre est ouvert à tous les agents et/ou usagers de la communauté de travail et doit se trouver en permanence (préciser le site exact de sa localisation) :***

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

Il sera émargé lors de sa mise en place par l'ensemble du personnel présent sur le site ou amené à s'y rendre (personnels titulaires et contractuels, temporaires ou vacataires ...) et par tout nouvel agent, lors de son arrivée sur le site (voir page 6).

**CHAQUE FOIS QUE VOUS MENTIONNEREZ :**

- un risque éventuel observé ou encouru,
- un accident ou un incident vu ou vécu,
- un dysfonctionnement ou le non fonctionnement d'une installation ou d'un dispositif de sécurité,
- toute suggestion relative à la prévention des risques et à l'amélioration des conditions de travail,...

**VOUS VOUDREZ BIEN INDIQUER :**

- la date et l'heure de l'observation,
- les circonstances détaillées de la survenance d'un fait, incident ou accident, en précisant les facteurs matériels et humains ayant concouru à sa réalisation,
- tout fait, toute cause motivant une suggestion,
- la ou les solutions envisageables, selon vous
- et vos nom et prénom lisibles.

**VOUS VOUDREZ BIEN EN INFORMER :**

- votre supérieur hiérarchique,
- l'assistant / conseiller de prévention.

*Voir pages du registre prévues à cet effet.*

**EMARGEMENT / ACCUEIL DES NOUVEAUX AGENTS**

Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance du présent registre :

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Affectation</b>	<b>Signature</b>	<b>Remarque</b>

## L'assistant / conseiller de prévention

Dans le champ de compétence des CHSCT/CT, l'assistant / conseiller de prévention est nommé par l'autorité territoriale, sous l'autorité de laquelle il exerce ses fonctions, dans le cadre d'une lettre de cadrage.

La mission de l'assistant / conseiller de prévention est d'assister et de conseiller l'autorité territoriale auprès de laquelle il est placé, dans la démarche d'évaluation des risques et dans la mise en place d'une politique de prévention des risques ainsi que dans la mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à :

- prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents ;
- améliorer les méthodes et le milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents ;
- faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à les résoudre ;
- veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et à la bonne tenue du registre de santé et de sécurité au travail dans tous les services.

L'assistant / conseiller de prévention est associé aux travaux du CHSCT/CT compétent pour son service. Il assiste de plein droit aux réunions de ce comité.

L'assistant / conseiller de prévention pour le service : .....  
NOM / Prénom : .....  
Adresse mail professionnelle : .....  
.....  
Téléphone professionnel : .....

Il se rendra disponible pour vous écouter et vous informer ; il restera attentif à toutes vos suggestions. Vous pouvez le rencontrer à :

<b>Lieu</b>	
<b>Jours</b>	
<b>Horaires</b>	

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

<b>Date de consultation</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Visa</b>

## POUR LES AGENTS

Le médecin de prévention conseille l'administration, les agents et leurs représentants en ce qui concerne :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les services,
- l'hygiène générale des locaux de service,
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine,
- la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et les risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel,
- l'hygiène dans les restaurants administratifs,
- l'information sanitaire,
- le suivi médical des agents.

Nom et coordonnées du personnel médical et paramédical :

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date :	NOM – Prénom : Date :
Visa :	Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date :	Visa :
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	NOM – Prénom : Date : Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date :	NOM – Prénom : Date :
Visa :	Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date :	Visa :
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	









<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date :	NOM – Prénom : Date :
Visa :	Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date :	Visa :
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date :	NOM – Prénom : Date :
Visa :	Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date :	Visa :
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	NOM – Prénom : Date : Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	





<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	NOM – Prénom : Date : Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date :	NOM – Prénom : Date :
Visa :	Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date :	Visa :
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	







<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	NOM – Prénom : Date : Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	

<b>Identité de l'agent (à remplir par l'agent)</b>	
NOM – Prénom :	Date et signature :
Fonction :	Service :
<b>Observations, suggestions (à remplir par l'agent) dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents</b> (évoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables)	
Date :	Heure :
Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :	
<u>Observations :</u>	
<u>Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration :</u>	
<b>Suites données</b>	
<b>Réponse du supérieur hiérarchique</b>	<b>Avis et/ou proposition de l'assistant / conseiller de prévention</b>
<u>Mesures envisagées :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	NOM – Prénom : Date : Visa :
<b>Décision de l'autorité territoriale</b>	
<u>Observations (mesures prises, avis, refus,...) :</u>	
NOM – Prénom : Date : Visa :	
<b>Réalisation / suivi</b>	
<b>Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action</b>	
NOM - Prénom : Délai de réalisation prévu :	Fonction :
<b>Clôture</b>	
Action réalisée le :	
Transmission au CHSCT/CT pour information le :	
Retour à l'intéressé le :	



