



**Modèle de registre**

**de santé et de sécurité au travail**

*Date de mise à jour du modèle : janvier 2022*

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence réglementaire** | Article 3-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l’hygiène et la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine préventive dans la fonction publique territoriale |
| **Date de validation du Comité Social Territorial (CST)** |  |
| **Signature du Maire / Président(e)** |  |

Le CDG45 autorise la réutilisation de ses informations et documents dans les libertés et les conditions prévues par la licence ouverte sous réserve d’apposer la mention :

 **Source CDG45, titre et lien du document ou de l’information et date de sa dernière mise à jour**

****

## Barre basse orangeA quoi sert-il ?

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 le 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 tout ordre, 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 service ou à l’agent 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

### Communication de toutes les fiches AU CST

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.

*Les assistants de prévention et les conseillers de prévention restent disponibles pour vous écouter et pour vous informer.*

*Ils resteront attentifs à toutes vos suggestions et ils se préoccuperont des suites données à vos interrogations et vous les communiqueront.*

**Registre de santé et sécurité au travail**

|  |
| --- |
| **FICHE N°1**OUIOUI |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS / SUGGESTIONS (à remplir par l’agent)** |
| **Service concerné :** ......................................................................................................................................**Nom :** ……………. **Prénom :** ………… |
| **Date :** …………………………………  **Lieu :** ……………………………….**Observations / Suggestions :** Préciser les circonstances de la survenance des faits, les causes motivant les suggestions, les dangers ou risques observés, la ou les solutions envisageables, etc.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **REPONSES APPORTEES PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE** |
| **Nom :** ……………. **Prénom :** ………… **Signature :**  |
| **Date :** ………………………………… **Avis et suites données :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **SUIVI** |
| **Délai de la mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………**Personne ou Service chargé de la réalisation :** ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **VALIDATION DE L’AUTORITE TERRORIALE** |
| **Date :** …………………………………  **Signature l’Autorité Territoriale :**  |

*Une copie de cette fiche complétée doit être adressée en retour au service*

 *concerné dans les meilleurs délais ainsi qu’au CST*

**Registre de santé et sécurité au travail**

|  |
| --- |
| **FICHE N°2**OUIOUI |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS / SUGGESTIONS (à remplir par l’agent)** |
| **Service concerné :** ......................................................................................................................................**Nom :** ……………. **Prénom :** ………… |
| **Date :** …………………………………  **Lieu :** ……………………………….**Observations / Suggestions :** Préciser les circonstances de la survenance des faits, les causes motivant les suggestions, les dangers ou risques observés, la ou les solutions envisageables, etc.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **REPONSES APPORTEES PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE** |
| **Nom :** ……………. **Prénom :** ………… **Signature :**  |
| **Date :** ………………………………… **Avis et suites données :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **SUIVI** |
| **Délai de la mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………**Personne ou Service chargé de la réalisation :** ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **VALIDATION DE L’AUTORITE TERRORIALE** |
| **Date :** …………………………………  **Signature l’Autorité Territoriale :**  |

*Une copie de cette fiche complétée doit être adressée en retour au service*

 *concerné dans les meilleurs délais ainsi qu’au CST*

**Registre de santé et sécurité au travail**

|  |
| --- |
| **FICHE N°3**OUIOUI |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS / SUGGESTIONS (à remplir par l’agent)** |
| **Service concerné :** ......................................................................................................................................**Nom :** ……………. **Prénom :** ………… |
| **Date :** …………………………………  **Lieu :** ……………………………….**Observations / Suggestions :** Préciser les circonstances de la survenance des faits, les causes motivant les suggestions, les dangers ou risques observés, la ou les solutions envisageables, etc.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **REPONSES APPORTEES PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE** |
| **Nom :** ……………. **Prénom :** ………… **Signature :**  |
| **Date :** ………………………………… **Avis et suites données :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **SUIVI** |
| **Délai de la mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………**Personne ou Service chargé de la réalisation :** ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **VALIDATION DE L’AUTORITE TERRORIALE** |
| **Date :** …………………………………  **Signature l’Autorité Territoriale :**  |

*Une copie de cette fiche complétée doit être adressée en retour au service*

 *concerné dans les meilleurs délais ainsi qu’au CST*

**Registre de santé et sécurité au travail**

|  |
| --- |
| **FICHE N°4**OUIOUI |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS / SUGGESTIONS (à remplir par l’agent)** |
| **Service concerné :** ......................................................................................................................................**Nom :** ……………. **Prénom :** ………… |
| **Date :** …………………………………  **Lieu :** ……………………………….**Observations / Suggestions :** Préciser les circonstances de la survenance des faits, les causes motivant les suggestions, les dangers ou risques observés, la ou les solutions envisageables, etc.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **REPONSES APPORTEES PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE** |
| **Nom :** ……………. **Prénom :** ………… **Signature :**  |
| **Date :** ………………………………… **Avis et suites données :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **SUIVI** |
| **Délai de la mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………**Personne ou Service chargé de la réalisation :** ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **VALIDATION DE L’AUTORITE TERRORIALE** |
| **Date :** …………………………………  **Signature l’Autorité Territoriale :**  |

*Une copie de cette fiche complétée doit être adressée en retour au service*

 *concerné dans les meilleurs délais ainsi qu’au CST*