**Registre de signalement**

**d’un danger grave et**

**imminent**



Timbre de l’organe compètent en matière d’hygiène et sécurité

Date d’ouverture :

*Nom de la collectivité à remplacer*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 1/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 2/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 3/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 4/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 5/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 6/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 7/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 8/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 9/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 10/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 11/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 12/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 13/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 14/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*

**Fiche de signalement**

**Fiche numéro : 15/15**

**Identité du déclarant**

Le déclarant est exposé au danger oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Le déclarant est membre du CHSCT oui non

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

**Agent(s), poste(s) et service(s) concernés**

Nom et prénom du ou des agents exposés :

(*Si différents du déclarant*)

Poste(s) de travail concerné(s) :

Date de retrait : Fonction(s) : Grade(s) :

Service(s) concerné(s) :

Heure1 du retrait :

**Description du danger ou de la défectuosité**

Nature du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

Cause du danger ou de la défectuosité dans les systèmes de protection :

**Autorité concernée**

Responsable hiérarchique alerté :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

Autorité territoriale alertée (ou son représentant) :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade : Signature :

Date : Heure1 :

1 – *Mention non utile pour la réglementation, mais il peut être utile de l’indiquer.*

**Suites données**

Mesure(s) immédiates prise(s) pour faire cesser le danger2 :

CHSCT informé de ces mesures le :

Mesure(s) nécessitant un délai de mise en œuvre :

Date d’échéance :

Personne chargée de la mise en œuvre :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Personne chargée du suivi :

Nom : Prénom :

Fonction / Grade :

Date de finalisation :

Suivi des mises en œuvre :

*(Amélioration apportées, points restant à améliorer, autres problèmes engendrés par la mise en œuvre)*

**En cas de désaccord**3

Désaccord sur la réalité du danger oui non

Désaccord sur la façon de faire cesser le danger oui non

Description :

Si désaccord persistant après la réunion du CHSCT dans les 24 heures

Agent Chargé de la Fonction d’Inspection sollicité oui non

Inspecteur du travail sollicité : oui non

Autres experts sollicités : oui non

Lesquels :

*2 – Cette mention est la seule requise par la réglementation :  
les autres indications mentionnées ne sont pas obligatoires, néanmoins il peut être intéressant   
de les inscrire pour une meilleure traçabilité et un meilleur suivi de ces mesures*

*3 – Ce paragraphe n’est pas obligatoire car non requis par la réglementation.*