

# REGISTRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT ou DU SERVICE (désignation et adresse) :

CIRCONSCRIPTION ou BASSIN :

UAI :

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date d'ouverture du présent registre : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Date de clôture : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Localisation du registre : \_\_\_\_\_

Ce registre porte le numéro \_\_\_ et contient 20 fiches numérotées de 1 à 20, cotées et paraphées.

# EXTRAITS DE LA RÉGLEMENTATION

**Décret 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, modifié par le décret 2011-774 du 28 juin 2011, modifié par le décret 2020-1427 du 20 novembre 2020.**

## **Article 3-2 :**

Un registre de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service et tenu par les agents mentionnés à l'article 4. Ce document contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Le registre de santé et de sécurité au travail est tenu à la disposition de l'ensemble des agents et, le cas échéant, des usagers. Il est également tenu à la disposition des inspecteurs santé et sécurité au travail et des formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail compétentes ou, à défaut, des comités sociaux d'administration.

**Décret 2020-1427 du 20 novembre 2020 relatif aux comités sociaux d'administration dans les administrations et les établissements publics de l'Etat.**

## **Article 59 :**

La formation spécialisée 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 de sécurité au travail prévu à l'article 3-2 du décret du 28 mai 1982 susvisé.

# UN REGISTRE POUR QUI ? POUR QUOI FAIRE ?

**Le registre est un outil** qui participe à la **démarche d'évaluation des risques professionnels** et qui alimente la réflexion et les travaux de la Commission Hygiène et Sécurité de l'établissement et/ou de la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail du Comité Social d'Administration compétent.

## 1/ Les 4 objectifs du Registre Santé et Sécurité au Travail :

- ▶ **Permettre à tout personnel ou usager** (personne travaillant dans l'école ou fréquentant **habituellement ou occasionnellement** l'établissement) **de signaler une situation** qu'il considère comme anormale ou susceptible de porter atteinte soit à l'intégrité physique et la santé des personnes, soit à la sécurité des biens.
- ▶ **Assurer la traçabilité de la prise en compte du problème.** La fiche du registre peut être transmise aux personnes ou structures concernées qui disposent soit des compétences en sécurité, hygiène et conditions de travail, soit des moyens matériels et financiers.
- ▶ **Conserver un historique des problèmes** pour exploiter le registre dans le cadre de la démarche d'évaluation des risques professionnels et dans le programme annuel d'actions à entreprendre.
- ▶ **S'inscrire dans un dispositif départemental et académique** en matière de sécurité, hygiène et conditions de travail.

## 2/ Ce qui sera noté sur les fiches de ce registre

### 2.1. Les événements accidentels

- ▶ **Accidents corporels** : lorsqu'il y a « blessure » entraînant des frais médicaux ou un arrêt de travail. Un accident corporel peut aussi être accompagné de dégâts matériels.
- ▶ **Accidents bénins** : ils ont pour seule conséquence des petits soins sans frais médicaux significatifs ni arrêt de travail.
- ▶ **« Presqu'accidents »** : ils n'ont aucune conséquence pour la personne (ni blessure, ni soin) et aucun dégât matériel. Mais chaque presqu'accident (*« J'ai eu peur ! Il a failli tomber ! Il s'en est fallu de peu ! Il l'a échappé belle ! »*) aurait pu avoir des conséquences plus ou moins graves. En général, ce type d'événement est vite oublié, et c'est très dommage pour la prévention.
- ▶ **Accidents matériels** : lorsqu'il y a seulement des dégâts matériels (petits ou grands) ; ils seront pris en compte car ils auraient pu souvent engendrer un accident corporel.

**TOUS CES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS SERONT NOTÉS DANS LE REGISTRE**, soit par les personnes concernées, soit par toute personne ayant eu connaissance de ces événements.

Cela permet d'une part de **GARDER LA MÉMOIRE DE CES ÉVÉNEMENTS** au cas où l'état de la personne viendrait à s'aggraver par la suite, et d'autre part de mettre en œuvre des **MESURES DE PRÉVENTION** pour que ces événements ne puissent plus se reproduire, avec éventuellement des conséquences plus graves.

## 2.2. Les situations à risques

Ci-dessous une liste non exhaustive de risques et de dangers associés qui peuvent être notés dans le registre santé et sécurité au travail :

RISQUES liés à/aux ...	Exemples de dangers identifiés	RISQUES liés à/aux ...	Exemples de dangers identifiés
<b>Chute de plain-pied</b> <b>Choc avec un élément</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sol glissant (eau, huile...)</li> <li>- Sol inégal (marche, dénivelé, estrade...)</li> <li>- Sol défectueux (trous...)</li> <li>- Passage étroit, encombré</li> <li>- Choc avec un élément matériel</li> </ul>	<b>Incendie</b> <b>Explosion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de produit inflammable</li> <li>- Atmosphère explosive (vanne de gaz qui fuit...)</li> <li>- Produits incompatibles</li> <li>- Aération, assainissement (fumées, ventilation...)</li> </ul>
<b>Chute de hauteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parties en contrebas (escalier, quai...)</li> <li>- Accès à des parties hautes (armoires, affichage...)</li> <li>- Dispositifs mobiles (échelles...)</li> </ul>	<b>Électricité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fil conducteur nu accessible</li> <li>- Matériel électrique défectueux (sans prise de terre, prise de courant ou prise multiple non normées...)</li> <li>- Cascade de multiprises</li> </ul>
<b>Circulations internes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couloirs</li> <li>- Zone de circulation mal définie</li> <li>- Voie dangereuse (pente, mauvais état, fosse, tranchée, puits)</li> </ul>	<b>Éclairage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eclairage insuffisant ou éclairage inadapté (classes, réserve...)</li> <li>- Eblouissement, réflexion</li> <li>- Zone de passage peu ou pas éclairée</li> </ul>
<b>Déplacements (routier, piéton)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kilométrage parcouru important durant le temps de travail</li> <li>- Changement du lieu de travail</li> <li>- Déplacement en groupe</li> </ul>	<b>Rayonnements (électromagnétiques, ionisants, ...)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wifi</li> <li>- Antennes relais</li> <li>- Lasers, ultraviolets ...</li> </ul>
<b>Activité physique</b> <b>Postures</b> <b>Manutention manuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaises postures (activité physique...)</li> <li>- Gestes répétitifs</li> <li>- Posture prolongée (debout...)</li> <li>- Port de charges</li> <li>- Troubles musculo-squelettiques (TMS)</li> </ul>	<b>Utilisation d'écran</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eblouissement dû à l'éclairage naturel</li> <li>- Mobilier inadapté</li> <li>- Mauvais réglage de l'écran</li> <li>- Difficulté à utiliser les logiciels</li> </ul>
<b>Produits dangereux</b> <b>Risque chimique</b> <b>Émissions</b> <b>Déchets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de produits chimiques neufs ou déchets issus de ces produits</li> <li>- Utilisation de produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)</li> <li>- Utilisation de produits non étiquetés</li> <li>- Emission de poussières, gaz, fumées...</li> <li>- Présence de pollen, plantes</li> <li>- Présence d'amiante signalée dans le DTA (Diagnostic Technique Amiante)</li> </ul>	<b>Hygiène</b> <b>Agents biologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun moyen d'hygiène (savon...)</li> <li>- Non-respect des règles d'hygiène élémentaire</li> <li>- Non-respect des règles d'hygiène alimentaire</li> <li>- Pas de trousse de premiers secours</li> <li>- Exposition à des agents biologiques (contaminations, infection ou allergie à ces produits) par inhalation, ingestion ou contact</li> <li>- Contact avec des personnes porteuses de pathologies contagieuses (gale, tuberculose)</li> </ul>
<b>Équipements de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'outils tranchants à main (ciseaux, cutter...)</li> <li>- Utilisation d'outils portatifs électriques et/ou de machines avec des pièces en mouvement</li> <li>- Configuration des locaux inadaptée</li> <li>- Transport de charges (réaménagement...)</li> </ul>	<b>Intervention d'entreprises extérieures</b> <b>Coactivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance par l'école ou l'EPLÉ des risques de l'entreprise extérieure</li> <li>- Méconnaissance par l'entreprise intervenante des contraintes de l'école ou de l'EPLÉ</li> </ul>
<b>Bruit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruit en classe</li> <li>- Bruit à la récréation</li> </ul>	<b>Risques psychosociaux (charge mentale, agressions, ...)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress</li> <li>- Violences internes (insultes, conflits, agressions physiques et verbales...)</li> <li>- Violences externes (insultes, conflits, agressions physiques et verbales...)</li> <li>- Organisation du travail défaillante (surcharge de travail, charge mentale...)</li> </ul>
<b>Ambiances thermiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Température inadaptée</li> <li>- Ambiance chaude</li> <li>- Ambiance froide</li> </ul>	<b>Autres risques</b>	

### 3. Les acteurs de la santé et la sécurité au travail pour le département

<p><b>Chef de service (IEN ou chef d'établissement) :</b></p> <p><i>Mme/M.</i> _____</p> <p><b>Directrice/directeur (premier degré) :</b></p> <p><i>Mme/M.</i> _____</p> <p><b>Circonscription ou bassin :</b></p> <p>_____</p>	<p>091 _____@ac-versailles.fr</p> <p>☎ 01 _____</p>
<p><b>Assistant de prévention de l'établissement ou de la circonscription :</b></p> <p><i>Mme/M.</i> _____</p>	<p>091 _____@ac-versailles.fr</p> <p>☎ 01 _____</p>
<p><b>Secrétaire de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT) du CSA SD 91</b></p>	<p><a href="mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr">ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr</a></p> <p>06.17.48.40.66</p>
<p><b>Conseillers de prévention départementaux</b></p>	<p><a href="mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr">ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr</a></p> <p>01.69.47.83.48</p> <p>01.69.47.84.31</p> <p>01.69.47.84.97</p>
<p><b>Médecin des personnels</b></p> <p><b>Infirmière de santé au travail</b></p>	<p><a href="mailto:ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr">ce.ia91.medecindespersonnels@ac-versailles.fr</a></p> <p>01.69.47.83.29</p>
<p><b>Conseillers de prévention académiques</b></p>	<p><a href="mailto:ce.conseillerprevention@ac-versailles.fr">ce.conseillerprevention@ac-versailles.fr</a></p> <p>01 30 83 45 40</p>
<p><b>Inspecteur santé et sécurité au travail</b></p>	<p><a href="mailto:ce.isst@ac-versailles.fr">ce.isst@ac-versailles.fr</a></p>
<p><b>Psychologue du Travail</b></p> <p><b>Ergonome</b></p>	<p><a href="mailto:psychologuedutravail@ac-versailles.fr">psychologuedutravail@ac-versailles.fr</a></p> <p>01.30.83.49.34</p> <p><a href="mailto:ce.ergonome@ac-versailles.fr">ce.ergonome@ac-versailles.fr</a></p> <p>01.30.83.51.32</p>





## FICHE RSST N° 3 / 20

**Nombre d'annexes :**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : __ / __ / 20__ Heure : _____		Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE	
Signature du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/>	
		DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN	
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

**RISQUE(S) référencé(s) (voir page 4) :**

*\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
 \* Le texte du signalement doit respecter **l'anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'EN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
--	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations- solutions envisagées/apportées



# FICHE RSST N° 4 / 20

# Nombre d'annexes :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : __ / __ / 20__ Heure : _____		Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :  Signature du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE	
		<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/>	
		DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN	
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
\* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
\* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

*Fiche à transmettre après visa du chef de service :*

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations– solutions envisagées/apportées





NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE	UAI DE L'ÉTABLISSEMENT :
Mail : 091_____@ac-versailles.fr	Tél :
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____	
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____	Fonction du personnel concerné :
Nom et prénom du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE
Signature du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Chef d’établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

*\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.*

*\* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de manière synthétique et factuelle. Si nécessaire, joindre des pièces en annexes numérotées.*

*\* Le texte du signalement doit respecter l'anonymat. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.*

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l' IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
--	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

**[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)**

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations- solutions envisagées/apportées

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091 _____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____		Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE	
Signature du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN	
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.

\* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.

\* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées





NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____	UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
Mail : 091_____@ac-versailles.fr	Tél : _____
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____	
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____	Fonction du personnel concerné :
Nom et prénom du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE
Signature du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
 \* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées



NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____		
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____	Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Signature du personnel concerné :		

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.

\* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.

\* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____		
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____	Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE	
Signature du personnel concerné :	<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN		
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes** numérotées.  
 \* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

**[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)**

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations- solutions envisagées/apportées



NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____		Fonction du personnel concerné : <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Nom et prénom du personnel concerné :			
Signature du personnel concerné :			

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
 \* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l' IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
--	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées





NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091_____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : __ / __ / 20__ Heure : _____		Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE	
Signature du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/>	
		DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN	
		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
 \* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091 _____@ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : ____ / ____ / 20____ Heure : _____		Fonction du personnel concerné : <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Nom et prénom du personnel concerné :			
Signature du personnel concerné :			

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

*\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.  
 \* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.  
 \* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.*

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
---	--

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :		Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :		

<b>Examen par l'IEN ou le chef d'établissement :</b> Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
---	---

**Fiche à transmettre après visa du chef de service :**

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées



NOM DE L'ÉTABLISSEMENT / VILLE _____		UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____	
Mail : 091 _____ @ac-versailles.fr		Tél : _____	
Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____			
Date : ___ / ___ / 20___ Heure : _____		Fonction du personnel concerné :	
Nom et prénom du personnel concerné :		<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Chef d'établissement <input type="checkbox"/> Adjoint gestionnaire <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/>	
Signature du personnel concerné :		DDFPT <input type="checkbox"/> Personnel médical <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Psy-EN <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

**RISQUE(S) référencé(s)** (voir page 4) :

\* Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : voir pages 2 à 4 du présent document.

\* Pour toute inscription d'un fait, incident ou accident, les circonstances seront décrites de **manière synthétique et factuelle**. Si nécessaire, joindre des pièces en **annexes numérotées**.

\* Le texte du signalement doit respecter l'**anonymat**. Si une ou plusieurs personnes doivent être citées, indiquer leur fonction plutôt que leur nom.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date et heure de la prise en compte de l'observation ci-dessus :	Signature de l'Assistant de prévention :
Date et heure de la transmission de l'observation ci-dessus :	

Examen par l'IEN ou le chef d'établissement : Date et signature	Observations – solutions envisagées/apportées
--	---

Fiche à transmettre après visa du chef de service :

[91snudifo@gmail.com](mailto:91snudifo@gmail.com) et [ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr](mailto:ce.conseillerprevention91@ac-versailles.fr) et [ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr](mailto:ce.f3sct-csad91-sec@ac-versailles.fr)

Examen éventuel par le Conseil d'école, par la Commission Hygiène et Sécurité ou, à défaut, par le Conseil d'Administration	Observations – solutions envisagées/apportées
Examen éventuel par la F3SCT du CSA SD 91 ou CSA académique	Observations – solutions envisagées/apportées