AGENT

Nom et prénom de l'agent :.....

Poste occupé concerné : .....

Lieu : .....

USAGER

Nom et prénom : .....

Lieu : .....

.....

Observations relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : ..... / ..... / .....

Assistant / Conseiller de prévention :.....

Visa et commentaire :

.....

.....

.....

.....

Date : ..... / ..... / .....

CHSCT :.....

Visa et commentaire :

.....

.....

.....

.....

Date : ..... / ..... / .....

ACFI / Agent de Contrôle de l'Inspection du Travail : .....

Visa et commentaire :

.....

.....

.....

.....

Date : ..... / ..... / .....

Autorité Territoriale :.....

Visa, commentaire et proposition d'action de prévention :

.....

..... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....