

FICHE DE RELEVÉ D'OBSERVATION

N°

Identité de l'agent

NOM

Date et signature :

Fonction :

Service :

**Observations, suggestions (à remplir par l'agent ou avec le conseiller de prévention)
dans tout domaine concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail.**

(Evoquer un problème par fiche, préciser le lieu, la nature, et les circonstances détaillées du fait, incident ou accident, ainsi que les solutions envisageables).

Observations du conseiller de prévention :

Eventuelles suggestions, propositions d'amélioration du conseiller de prévention :

Suites données

Réponse du supérieur hiérarchique

Mesures envisagées :

NOM - Prénom :

Date et signature :/...../.....

Avis et/ ou proposition de l'assistant / conseiller de
prévention

NOM - Prénom :

Date et signature :/...../.....

Décision de l'autorité territoriale

Observations (mesures prises, avis, refus,...) :

NOM – Prénom :

Date et signature :/...../.....

Réalisation / suivi

Personne chargée de la réalisation et du suivi de l'action

NOM - Prénom :

Fonction :

Délai de réalisation prévu :

Clôture

Action réalisée le :/...../.....

Transmission au CT/CHSCT pour information le :/...../..... Retour à l'intéressé le :/...../.....