

FICHE D'ALERTE DE DANGERS GRAVES ET IMMINENTS

PARTIE A REMPLIR PAR L'AGENT OU LE MEMBRE DU CHSCT OU L'ASSISTANT DE PREVENTION

Site concerné : Service concerné :

Poste(s) de travail concernés(s) :

.....
.....
.....

Date : Heure :

Autorité hiérarchique ayant été alertée :

Identité de(s) l'agent(s) exposé(s) :

Nom :	Prénom :	Grade :
Nom :	Prénom :	Grade :
Nom :	Prénom :	Grade :
Nom :	Prénom :	Grade :
Nom :	Prénom :	Grade :
Nom :	Prénom :	Grade :

Danger grave et imminent :

Nature et cause :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mesures prises dans l'immédiat :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature de l'agent ou du membre CHSCT	Signature de l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle	Signature de l'assistant de prévention
--	--	--

Transmission du signalement au Service prévention des risques professionnels :

☐ Mail ☐ Fax ☐ Téléphone ☐ Courrier

En pièce jointe : ☐ Note ou rapport ☐ Photo(s)

Date de transmission : / / Heure de transmission :

Nom et Prénom de l'auteur : Fonction :

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Autorité territoriale ayant été alertée :

Téléphone : Fax : Date et heure :

Courriel professionnel :

Mesures prises par l'autorité territoriale :

.....
.....
.....
.....
.....

Ces mesures sont-elles définitives ? ☐ oui ☐ non ☐

Si non, quelles sont les autres mesures envisagées, et dans quel délai ?

.....
.....
.....
.....
.....

Date : / / Heure : Signature :

Assistant de prévention alerté : ☐ Oui ☐ Non

Conduite tenue par l'assistant de prévention :

.....
.....
.....
.....

Date : / / Signature :

Médecin de prévention alerté : ☐ Oui ☐ Non

Mesure prise par le médecin de prévention :

.....
.....
.....

Date : / / Signature :

Service prévention des risques professionnels : ☐ Oui ☐ Non

Date de réception du signalement : / /

Mesure prise par le Service de prévention des risques professionnels :

.....
.....

L'Autorité territoriale est-elle en accord avec la reconnaissance d'un danger grave et imminent ? ☐ oui ☐ non

Si non, préciser les motivations ci dessous.

Motivation du désaccord de l'autorité territoriale sur la réalité du danger ou sur les mesures à prendre pour faire cesser le danger :

.....
.....
.....

Date : ... / ... / **Heure :**

Transmission immédiate au Comité d'hygiène, Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) en cas de désaccord

Date de transmission : / /

Avis du CHSCT

Fait le ... / ... / **Heure :**