REGISTRE DES ACCIDENTS ET DES INCIDENTS DU TRAVAIL

**![C:\Users\geraldine\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\L0A1YUSU\questionnaire-2[1].jpg]()**



Adopté en Comité Technique Paritaire du 7 juillet 2005

## Rôle de ce registre

Il va permettre de lister tous les accidents avec ou sans arrêt de travail et les incidents, dans le but de mettre en place des actions de préventions.

Ce registre est un outil indispensable dans l’élaboration d’une politique prévention, puisqu’il va permettre d’avoir un suivi des presque accidents (incidents) qui sont à l’origine tôt ou tard d’un accident de travail.

COLLECTIVITE /ETABLISSEMENT PUBLIC :

|  |
| --- |
|  |

LE PRESENT REGISTRE EST OUVERT A COMPTER DU :

|  |
| --- |
|  |

VISA DE L’AUTORITE TERRITORIALE

|  |
| --- |
|  |

Ce registre doit se trouver en permanence :

|  |
| --- |
|  |

## NUMEROS D’URGENCE EN CAS D’ACCIDENT

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **SAMU** |
| **17** | **POLICE** |
| **18** | **POMPIERS** |
| **112** | **NUMERO D’URGENCE EUROPEEN** |

**Personne(s) à contacter en cas d’accident :**

M. ou Mme .....................................Fonction :...........................................Tél. :....................................

M. ou Mme .....................................Fonction :...........................................Tél. :....................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°accident | Date etheure | Nom Prénomde l’agent | Service | Récit de l’accident ou de l’incident | Siège et nature des lésions | Nom des témoins | Déclaration accident | Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST) | Signature de la victime et du déclarant |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°accident | Date etheure | Nom Prénomde l’agent | Service | Récit de l’accident ou de l’incident | Siège et nature des lésions | Nom des témoins | Déclaration accident | Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST) | Signature de la victime et du déclarant |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 🞎 oui🞎 non |  |  |

**Coordonnées du service sécurité au travail du Centre de Gestion**

Votre conseiller : Madame Stéphanie BARBEAU

Tél. : 02.43.24.31.83

e-mail : stephanie.barbeau@cdg72.fr