FICHE RSST N° 1 / 20 **Nombre d'annexes :**

NOM DE l'ÉTABLISSEMENT _____	UAI DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
Mail : 091_____@ac-versailles.fr	Tél :

Personne en charge de la tenue du registre : Nom : _____ Fonction : _____

Date : ____ / ____ / 20_____ Heure : _____ Nom et prénom du personnel concerné : Signature du personnel concerné :	Fonction du personnel concerné : ☐ Enseignant ☐ Directeur ☐ AESH ☐ AED ☐ CPE ☐ Chef d'établissement ☐ Adjoint gestionnaire ☐ Secrétaire ☐ DDFPT ☐ Personnel médical ☐ AS ☐ Psy-EN ☐ 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 : ce.conseillerprevention91@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