****

|  |
| --- |
| **SAISINE du**  **COMITE HYGIENE SECURITE et**  **CONDITIONS DE TRAVAIL du CDG 74** |

***A transmettre dans le délai maximum d'1 mois avant la séance du CHSCT***

*(calendrier en ligne sur* [*www.cdg74.fr*](http://www.cdg74.fr)*), en joignant les documents nécessaires (sous format word et scan pour ceux qui sont signés), à l'adresse suivante :*

[**ct-chsct@cdg74.fr**](mailto:ct-chsct@cdg74.fr)

*Avant de formuler une demande de saisine du CHSCT, il convient de se reporter à la* ***note d'information***

***n° 2015-09 du CDG 74 qui décrit les missions règlementairement dévolues au CHSCT.***

*Cette fiche a été conçue pour faciliter la saisine du CHSCT par les collectivités et établissements de moins de 50 agents qui en relèvent. Son remplissage n'est pas obligatoire.*

|  |
| --- |
| **COLLECTIVITE** : ........................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Coordonnées de la personne en charge du dossier :**  Nom Prénom :……………………………………………………………………. Qualité : ……………………………………………………..…  Mail :………………………………………………………………………….…….. Téléphone : …………………………..…………………….... |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indiquez le motif principal de saisine** *(santé, sécurité, conditions de travail, aménagement de locaux, organisation des services, risques psycho-sociaux, etc)*  **et détaillez les circonstances** |  |
| **Le cas échéant, précisez les actions déjà menées** |  |
| **Décrivez les pièces que vous joignez**  *(Merci de joindre les pièces* ***sous format word***  *et scan pour celles qui portent une signature)* |  |

Le…………………………………………………………………

Le Maire - Le Président (cachet de la collectivité)

**A REMPLIR EN CAS DE DEMANDE D’ENQUETE**

**CONCERNANT UN ACCIDENT DE TRAVAIL**

L’article 41 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié prévoit que **le CHSCT procède à une enquête à l’occasion :**

- de chaque accident de service **grave** ou de maladie professionnelle ayant entraîné mort d’homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l’existence d’un danger grave, même si les conséquences ont pu être évitées.

- de chaque accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère **répété** à un même poste de travail, ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction, ou des fonctions similaires.

Suite à l’accident dont a été victime M……………………………………, le …………….…., nous sollicitons l’intervention du CHSCT placé auprès du CDG 74, afin de mener une enquête conformément aux dispositions de l’article 41 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985. Nous avons bien pris note que cette enquête vise à mettre en évidence les facteurs de risque ayant conduit à cet accident et qu’elle ne se substitue pas aux enquêtes pouvant être conduites par les autorités judiciaires.

Cette enquête pourra se dérouler en présence de l’ACFI de la collectivité, du médecin de prévention, d’un représentant de l’autorité territoriale, de l’assistant de prévention ainsi que des agents, témoins ou victimes de l’accident.

Nos services contacteront ces personnes pour les informer de la date d’enquête prévue, à l’exception de l’ACFI et du médecin de prévention si ceux-ci appartiennent aux services du Centre de Gestion.

Nous vous joignons ci-après les coordonnées de ces personnes :

|  |  |
| --- | --- |
| ***Représentant de l’employeur*** | ***Agent victime*** |
| Nom :  Fonction : | Nom :  Fonction : |
| ***Assistant de prévention de la collectivité*** | ***Agents témoins*** |
| Nom :  Fonction : | Noms : |
| ***Médecin de prévention*** | ***ACFI*** |
| Nom :  Etablissement : | Nom :  Collectivité : |

Le…………………………………………………………………

Le Maire - Le Président (cachet de la collectivité)