

REGISTRE SPECIAL DE SIGNALEMENT DE DANGER GRAVE ET

Document établi en application des dispositions réglementaires éditées par :

- l'article 5.8 du **Décret n° 82-453** du 28 mai 1982 (modifié par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011, relatifs à l'hygiène, la sécurité du travail et la prévention médicale dans la fonction publique,
- Guide juridique d'application des dispositions du décret n°2011-774 du 28 juin 2011.

Etablissement :

Code RNE :

Adresse :

N° de téléphone : N° de Fax :

Adresse e mail :

Nom de l'agent chargé de la tenue du registre :
.....

Ce registre doit être porté à la connaissance et accessible à tous les personnels de la circonscription.

Dans ce registre, sont notifiées toutes situations de travail présentant un danger grave et imminent pour la vie ou la santé de l'agent.

De telles situations sont à signaler immédiatement à l'I.E.N, qui le consigne sur le registre.

Vous pourrez y consigner la situation de travail dont il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité dans les systèmes de protection.

Ces observations seront examinées par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :



Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

.....

Localisation du dysfonctionnement :

.....

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

.....

Localisation du dysfonctionnement :

.....

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
..... a
.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

.....

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....

.....
.....
.....
Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....
Poste de travail concerné :

.....
Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Description de la défaillance constatée :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :
.....
.....
.....
.....

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :
.....
.....

.....
.....
Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....
Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Description de la défaillance constatée :

Nom et signature d'un membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de son représentant

Date et heure de l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....
.....

.....
Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....
Poste de travail concerné :

.....
Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

.....

Localisation du dysfonctionnement :

.....

Description du danger grave et imminent encouru :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description de la défaillance constatée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

.....

.....

.....

.....

.....

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

.....

.....

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....
.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :

Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :



Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....
.....

Poste de travail concerné :

.....
.....

Localisation du dysfonctionnement :

.....
.....

Description du danger grave et imminent encouru :



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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

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

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

.....

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

.....



Description de la défaillance constatée :

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

Date : Heure :
Date : Heure :

Nom et prénom des agents exposés au danger :

Nom du représentant de l'autorité administrative qui a été alerté :

Poste de travail concerné :

Localisation du dysfonctionnement :

Description du danger grave et imminent encouru :

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

Description de la défaillance constatée :

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

Nom et signature d'un
membre du C.H.S.C.T D

Nom et signature de la
D.A.S.E.N-D.S.D.E.N ou de
son représentant

Date et heure de
l'enregistrement

Mesures prises par la D.A.S.E.N-D.S.D.E.N :

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

Date : Heure :



