



REGISTRE SPÉCIAL DE DANGERS GRAVES & IMMINENTS

Modèle
V4
MàJ 16/03/2023
Nb pages : 2
Relecteur : FDP

📄 Décret 85-603 du 10 juin 1985 modifié, art. 5-1 à 5-4 | Décret 2021-571, art. 68

ACTEURS

Collectivité ou établissement public :

📄

☎️

Maire ou Président [Prénom NOM] :

Directeur Général des Services [Prénom NOM] :

Assistant ou conseiller de prévention [Prénom NOM] :

Collectivité / établissement (le cas échéant) :

☎️

Comité Social Territorial ou Formation spécialisée :

CST / F3SCT interne
Effectif > 50 agents

CST / F3SCT du CDG 83
Effectif < 50 agents

Indiquer ci-dessous le poste de travail si CST/F3SCT interne ou bien indiquer le nom de la collectivité employeur si CST du CDG 83 (rayer la mention inutile), mentionner également entre parenthèses si le membre est Titulaire (T) ou Suppléant (S)

↓ Membres représentants du personnel

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

↓ Membres représentants de la collectivité ou l'établissement

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Prénom NOM :

Collectivité / poste :

☎️

📄

Agent Chargé de la Fonction d'Inspection en santé-sécurité au travail (ACFI) :

Prénom NOM :

Collectivité / établissement (le cas échéant) :

☎️

📄

Autres intervenants (si besoin) :

Inspection du travail ☎️

Vétérinaires inspecteurs ☎️

Médecins inspecteurs de santé ☎️

Inspecteurs régionaux du travail ☎️

Sécurité civile ☎️

Timbre du CST / F3SCT :

Cachet et signature de l'autorité territoriale :

Cote :

AVIS D'UNE SITUATION DE DANGER GRAVE ET IMMINENT

* Feuillet à reprographier et à coter pour constituer les pages du registre

Établissement(s) ou service(s) :

Bureau ou atelier concerné :

Poste(s) de travail concerné(s) :

Agent(s) exposé(s) au danger [Prénom NOM] :

.....

Description du danger grave et imminent encouru :

.....

.....

Description de la défaillance constatée (indiquer depuis quand) :

.....

.....

Date : Heure :

Utilisation du droit de retrait : oui non Date : Heure :

Si oui, supérieur hiérarchique avisé [Prénom NOM] :

Agent(s) concerné(s) :
Signature :

**Membre du CST / F3SCT
ayant consigné cet avis :**
Prénom NOM :
.....
Signature :

**Représentant de
l'autorité territoriale
ayant été alerté :**
Prénom NOM :
.....
Signature :

Cadre réservé à l'administration

Information du CST / F3SCT sur les décisions prises par l'autorité territoriale :
Mesure(s) prise(s) après enquête pour remédier à la situation :

.....

.....

.....

.....

Accord de l'autorité territoriale sur la réalité du danger : oui non

Accord de l'autorité territoriale sur la façon de faire cesser le danger : oui non

Si non, motivation de l'autorité territoriale :

.....

.....

.....

Autorité territoriale :
Date : Heure :
Visa :

Retour au CST / F3SCT :
Date : Heure :
Visa :

① Voir procédure détaillée dans la fiche pratique « Droit de retrait / Danger grave et imminent » du CDG 83

Cote :