

## REGISTRE SANTE ET SECURITE

### DECLARER UN DANGER GRAVE ET IMMINENT

Formulaire à remplir par toute personne exposée ou en ayant connaissance et à faxer au Service Relations Sociales au 03.59.73.60.31 ou à transmettre par courriel [SRS-ReunionsOS@lenord.fr](mailto:SRS-ReunionsOS@lenord.fr)

Conserver une copie de ce document.

<b>Référence du lieu :</b>		<b>Service :</b>	
Bureau ou atelier :		Poste(s) de travail concerné(s) :	
<b><u>Signalement d'un danger grave et imminent</u></b>			
Nom du ou des agents exposé(s) au danger :			
Nom du représentant de l'autorité territoriale qui a été alerté ( <i>responsable hiérarchique n+1 ou n+2 uniquement</i> ) :			
Description du danger grave et imminent encouru :			
Réponse immédiate de l'autorité territoriale (n+1) :			
Maintien du signalement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b><u>Exercice du droit de retrait : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></u></b>			
Date et heure :	Signature du déclarant :	Signature du membre du CHSCT (le cas échéant) :	
▶ <b>Accord sur la réalité du danger :</b> OUI <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> NON <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>			
▶ <b>Description des mesures prises après enquête administrative du supérieur hiérarchique<sup>(3)</sup>:</b>			
▶ <b>Accord sur les mesures prises :</b> OUI <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> NON <input type="checkbox"/> <sup>(2)</sup>			
▶ <b>date et signature du responsable hiérarchique :</b> n+1 <input type="checkbox"/> n+2 <input type="checkbox"/>			
▶ <b>date et signature du déclarant :</b>			

(1) si accord sur la réalité du danger et des mesures prises, levée du droit de retrait

(2) si désaccord, passage en CHSCT

(3) un rapport d'enquête sera à adresser au Service Relations Sociales