**REGISTRE D’ALERTE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE ET D’ENVIRONNEMENT**



En application du *🕮 décret n° 2014-324 du 11 mars 2014 relatif à l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise.*

L’article L. 4133-1 du code du travail, créé par la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l’indépendance de l’expertise en matière de santé et d’environnement et à la protection des lanceurs d’alerte, prévoit que « le travailleur alerte immédiatement l’employeur s’il estime, de bonne foi, que les produits ou procédés de fabrication utilisés ou mis en œuvre par l’établissement font peser un risque grave sur la santé publique ou l’environnement ». Pour sa part, « le représentant du personnel au comité social et économique qui constate, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, que les produits ou procédés de fabrication utilisés ou mis en œuvre par l'établissement font peser un risque grave pour la santé publique ou l'environnement en alerte immédiatement l'employeur » (article L. 4133-2).

Ces alertes sont consignées par écrit.

**COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT PUBLIC**

Nom :

Adresse :

Tél. :

Email :

**AUTORITE TERRITORIALE**

Maire / Président (Nom – Prénom) :

**Assistant(s) / Conseiller(s) de prévention**

Nom(s) – Prénom(s) :

Grade(s) et fonction(s) :

Service (s) :

Tél. :

Email :

**CISST (Chargé d’Inspection en Santé Sécurité au Travail)**

Convention de mise à disposition d’un CISST avec le CDG 54 *:* [ ]  Oui [ ]  Non

Si la collectivité a désigné un CISST en interne, Nom – Prénom :

Grade(s) et fonction(s) :

Service :

Tél. :

Email :

**INFORMATION EFFECTUEE AUPRES DES AGENTS**

Date de mise en place du registre (présentation aux agents) :……………….. ..

*La liste d’émargement de l’information aux agents est à compléter (page 4) lors de cette séquence d’information et lors de l’accueil de tout nouvel agent.*

**LOCALISATION DU PRESENT REGISTRE**

Localisation :

**introduction**

Le présent registre constitue un modèle, qui devra être dupliqué au sein de la collectivité / établissement public en autant d’exemplaires que cela s’avérera nécessaire (un par service ou par site géographique selon la taille de la collectivité).

Qui peut le consulter ?

* L’autorité territoriale
* Le Comité Social Territorial (CST) ou la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (FSSSCT)
* L’assistant / conseiller de prévention

Ou le conserver ?

***Ce registre est ouvert à tous les agents de la communauté de travail et doit se trouver en permanence (préciser le site exact de sa localisation) :***

Il sera émargé lors de sa mise en place par l'ensemble du personnel présent sur le site ou amené à s'y rendre (personnels titulaires et contractuels, temporaires ou vacataires …) et par tout nouvel agent, lors de son arrivée sur le site (voir page 4).

Chaque fois que vous mentionnerez :

* l’existence d’un risque grave pour la santé publique ou l’environnement,

Vous voudrez bien indiquer :

* la date et l’heure de l'alerte,
* les produits ou procédés de fabrication utilisés ou mis en œuvre par la collectivité, dont l’agent ou le représentant du personnel au comité social et économique estime de bonne foi qu'ils présentent un risque grave pour la santé publique ou l'environnement,
* la ou les conséquences potentielles de ce risque,
* toute autre information utile à l'appréciation de l'alerte,
* vos nom et prénom lisibles.

Vous voudrez bien EN inFORMER :

* l’autorité territoriale,
* votre supérieur hiérarchique,
* l’assistant / conseiller de prévention.

L’autorité territoriale informe l’agent ou le représentant du personnel au CST/ FSSSCT qui lui a transmis l'alerte, de la suite qu'il réserve à celle-ci.

**EMARGEMENT / ACCUEIL DES NOUVEAUX AGENTS**

Je, soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance du présent registre :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Affectation** | **Signature** | **Remarque** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |

|  |
| --- |
| **Identité du donneur d’alerte**(agent ou représentant du personnel au CST/FSSSCT) |
| NOM – Prénom :  | Date et signature :  |
| Fonction :  | Service :  |
| **Risque grave pour la santé publique ou l’environnement**(évoquer un risque par fiche) |
| Date :  | Heure :  |
| Lieu (service, poste ou emplacement de travail concerné(s)) :  |
| Produits ou procédés utilisés ou mis en œuvre présentant un risque :  |
| Conséquences potentielles pour la santé publique ou l’environnement : |
| Autres informations utiles à l’appréciation de l’alerte : |
| **Suites données** |
| **Réponse du supérieur hiérarchique**  | **Avis et/ou proposition de l’assistant / conseiller de prévention**NOM – Prénom :Date : Visa : |
| Mesures envisagées : NOM – Prénom :Date : Visa : |
|  |
| **Décision de l’autorité territoriale** |
| Observations (mesures prises, avis, refus,…) :NOM – Prénom : Date : Visa : |
| **Réalisation / suivi** |
| **Personne chargée de la réalisation et du suivi de l’action**NOM - Prénom : Fonction :Délai de réalisation prévu : |
| **Clôture** |
| Action réalisée le :Transmission au CST/FSSSCT pour information le :Retour à l’intéressé le : |