

VOTRE ASSISTANT DE PRÉVENTION

NOM prénom :

Fonction :

Adresse Fonctionnelle (si existante) :

adp.RNEdel'établissement@ac-normandie.fr

SES MISSIONS

A S S I S T E R

C O N S E I L L E R

LE CHEF D'ÉTABLISSEMENT DANS LA MISE EN OEUVRE DES RÈGLES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

S E N S I B I L I S E R

I N F O R M E R

T O U S L E S P E R S O N N E L S

QUAND SOLLICITER L'ASSISTANT DE PRÉVENTION ?

Vous avez été victime d'un « presque-accident »

Vous avez observé une situation de travail qui vous semble dangereuse

Vous avez remarqué un matériel ou une installation défectueuse

Vous proposez des mesures de prévention visant à améliorer les conditions de travail

Vous souhaitez qu'un thème concernant la SST* soit abordé lors de la CHS** ou du CA***

Vous avez fait un signalement sur le Registre Santé et Sécurité au Travail

*SST : Santé et Sécurité au Travail
**CHS : commission hygiène sécurité
***CA : conseil d'administration