***FICHE D’OBSERVATION N° XX***

|  |
| --- |
| **Observateur** |
| Nom : | Prénom : |
| Service : | Fonction : |

|  |
| --- |
| **Observations :** *Précisez la nature, le lieu, les circonstances des faits* |
|  |
| **Mesures d’amélioration proposées par le responsable hiérarchique, l’assistant de prévention et l’agent**  |
|  |
| Date :Nom et visa de l’assistant de prévention | Date :Nom et visa du responsable hiérarchique |

|  |
| --- |
| **Transmission au Ct en formation CHSCT pour information** |
| Date de la transmission : |
| **Commentaires éventuel du CT en formation CHSCT** |
|  |

|  |
| --- |
| **Suites données aux observations** *(Mesures validées par l’Autorité Territoriale)* |
|  |
| Date de réalisation souhaitée : Action suivie par :Action réalisée le : | Date :Nom et visa de l’Autorité Territoriale |