|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM de la collectivité |  | |
| Adresse de la collectivité |  | |
| Nom de l’élu référent en Santé Sécurité au Travail |  | |
| Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier |  | |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  | |
| Une analyse de l’accident a-t-elle été réalisée ? | Oui | Non |
| Quelles mesures ont été prises suite à cet accident ? |  | |
| Document(s) joint(s) | Copie de la déclaration d’accident  Copie de l’analyse d’accident | |

A ..............................................., le ...................................

Nom du signataire / Signature / Cachet

**Merci d’envoyer ce document rempli, au format pdf, par mail à :**

[instances-paritaires@cdg86.fr](mailto:instances-paritaires@cdg86.fr)