|  |  |
| --- | --- |
| 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