|  |  |
| --- | --- |
| 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 de ce dossier |  |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  |
| Nombre d’agents / Nombre de services de la collectivité |  |
| Date de conventionnement avec l’ACFI |  |
| Nom de l’ACFI |  |
| Date de la visite de l’ACFI |  |
| Visite à l’initiative de : | La collectivité  L’ACFI  Le CT en formation CHSCT |
| Motif de la visite |  |
| Document(s) joint(s) | Rapport de l’ACFI |

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)