**Objectif : cette enquête obligatoire permet le calcul de la cotisation annuelle et la préparation des visites d’inspection sollicitées par l’autorité territoriale. Elle est à actualiser chaque année au 31 décembre**

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**Déclaration pour l’année :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Collectivité/Établissement public (dénommé « collectivité ») :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Adresse postale du siège :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Courriel accueil :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Téléphone :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**N° SIRET :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Représenté(e) par :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Effectif de la collectivité (nombre d’emplois permanents au 31 décembre de l’année N-1) :**

* Titulaires/stagiaires : *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*
* Contractuels de droit public : *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*
* TOTAL : *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Jours et horaires d’ouverture de la collectivité en semaine :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LUNDI** | | **MARDI** | | **MERCREDI** | | **JEUDI** | | **VENDREDI** | |
| Matin | Après-midi | Matin | Après-midi | Matin | Après-midi | Matin | Après-midi | Matin | Après-midi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Coordonnées principales :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FONCTION** | **NOM** | **PRENOM** | **TELEPHONE** | **COURRIEL** |
| **Autorité territoriale** |  |  |  |  |
| **DGS** |  |  |  |  |
| **Secrétariat de mairie** |  |  |  |  |
| **Conseillers et/ou Assistants de prévention**  ***(Obligation réglementaire : modèles d’arrêté et lettre de cadrage disponibles sur le site internet du CDG76)*** |  |  |  |  |

**MAITRISE OPÉRATIONELLE : TABLEAUX CI-APRÈS À COMPLÉTER**

*Pour les registres, veuillez inscrire les dates de présentation en CST en commentaires*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **COMMENTAIRES DE LA COLLECTIVITÉ** | **ANNÉE 1** | **ANNÉE 2** | **ANNÉE 3** | **ANNÉE 4** |
| **Assistant(s) et/ou conseiller(s) de prévention** | **Formation initiale réalisée** |  | *OUI/NON* |  |  |  |
| **Formation continue réalisée** |  |  |  |  |  |
| **Arrêté(s) de nomination rédigé(s)** |  |  |  |  |  |
| **Lettre(es) de cadrage rédigée(s)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **COMMENTAIRES DE LA COLLECTIVITÉ** | **ANNÉE 1** | **ANNÉE 2** | **ANNÉE 3** | **ANNÉE 4** |
| **Revue documentaire/Procédures santé et sécurité au travail** | **Règlement intérieur :**   * **Existence d’une partie hygiène sécurité ?** * **Existence d’une procédure préventive des pratiques addictives (alcool + stupéfiants)** |  | *OUI/NON* |  |  |  |
| **Travailleur isolé** |  |  |  |  |  |
| **Existence d’un dispositif de signalement des actes de violence, harcèlement, discrimination et agissements sexistes** |  |  |  |  |  |
| **Existence d'une instance consultative** |  |  |  |  |  |
| **Existence d’un registre de santé et de sécurité au travail** |  |  |  |  |  |
| **Existence d’un registre de danger grave et imminent** |  |  |  |  |  |
| **Existence d’un registre sécurité incendie** |  |  |  |  |  |
| **Existence d’un registre d'accessibilité** |  |  |  |  |  |
| **Management / Ressources humaines** | **Fiches de poste rédigées et communiquées** |  |  |  |  |  |
| **Entretiens professionnels annuels réalisés et formalisés** |  |  |  |  |  |
| **Établissement d'un plan de formation hygiène sécurité** |  |  |  |  |  |
| **Établissement des passeports de prévention** |  |  |  |  |  |
| **Formation accueil sécurité au poste de travail formalisée et réalisée** |  |  |  |  |  |
|  |  | **COMMENTAIRES DE LA COLLECTIVITÉ** | **ANNÉE 1** | **ANNÉE 2** | **ANNÉE 3** | **ANNÉE 4** |
| **Organisation des secours** | **Présence défibrillateurs externes** |  | *OUI/NON* |  |  |  |
| **Présence de trousses / armoires à pharmacie dans l'ensemble des bâtiments communaux et existence d'une procédure de suivi** |  |  |  |  |  |
| **Formation aux premiers secours (SST et/ou PSC1) effective** |  |  |  |  |  |
| **Formation des agents à la manipulation d'extincteurs** |  |  |  |  |  |
| **Exercices d'évacuation incendie réalisés** |  |  |  |  |  |
| **Organisation mise en place pour l'évacuation (guides et serres-file)** |  |  |  |  |  |
| **Données santé au travail** | **Présence d'un médecin du travail dans la collectivité** |  |  |  |  |  |
| **Suivi statistiques des accidents (service / travail / trajet / maladie professionnelle)** |  |  |  |  |  |
| **Existence d'une procédure d'analyse des accidents (service/travail/trajet/maladie professionnelle)** |  |  |  |  |  |
| **Intervention entreprises extérieures** | **Plan de prévention** |  |  |  |  |  |
| **Protocole de sécurité (déchargement/chargement)** |  |  |  |  |  |
| **Permis feu (y compris en interne)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **COMMENTAIRES DE LA COLLECTIVITÉ** | **ANNÉE 1** | **ANNÉE 2** | **ANNÉE 3** | **ANNÉE 4** |
| **Amiante** | **Dossier Technique Amiante (DTA)** |  | *OUI/NON* |  |  |  |
| **Repérage avant travaux** |  |  |  |  |  |
| **Formation des agents** |  |  |  |  |  |
| **Télétravail** | **Mise en œuvre du télétravail** |  |  |  |  |  |
| **Tenues de travail et EPI** | **Mise à disposition d’EPI et tenues de travail (préciser l’entretien : interne ou externe)** |  |  |  |  |  |
| **Facteurs de pénibilité** | **Identification des facteurs de risques professionnels et rédaction des Fiches individuelles de suivi** |  |  |  |  |  |
| **Fiche de risques professionnels** | **Fiche de risques professionnels** |  |  |  |  |  |

**Si CSTI :**

**Nom et prénom du (de la) Président(e) :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Nom et prénom du (de la) secrétaire :** *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

**Liste des locaux qui pourraient être inspectés :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** |  | **NOMBRE** |
| **Locaux administratifs** |  | **Office de tourisme** |  |
| **Écoles** |  | **Services techniques et annexes** |  |
| **Crèches** |  | **Piscines** |  |
| **Restaurants scolaires** |  | **Installations sportives** |  |
| **Garderies / périscolaires** |  | **Déchèteries** |  |
| **Bibliothèques / médiathèques** |  | **Station d’épuration** |  |
| **Salles polyvalentes** |  | **Château d’eau** |  |
| **Centres / foyers** |  | **Ports** |  |
| **Musées / Théâtres / salle de spectacles** |  | **Poste municipale** |  |
| **Police Municipale** |  | **Autre(s)** (précisez) |  |

**ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACCIDENT** | **MALADIE PROFESSIONNELLE** |
| **Types d’accidents ou de maladies professionnelles** |  |  |
|  |  |  |
|  | **OUI/NON** | **SI OUI, PRÉCISER LES CIRCONSTANCES OU JOINDRE L’ANALYSE DE L’ACCIDENT RÉALISÉE** |
| **Un accident qualifié de grave s’est-il produit au cours des 3 dernières années ?** |  |  |

**ÉVÉNEMENTS À VENIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liste des événements à venir pouvant influencer les conditions de travail de vos agents ?** (déménagements, travaux, réorganisation interne…) |  |

**REMARQUES DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **F3SCT** | **CST** | **MÉDECIN DU TRAVAIL** | **AUTRE(S)**  Précisez |
| **Préciser les dernières remontées par acteur** |  |  |  |  |

Fait à XXX,

le XXX,

La collectivité signataire

de la convention ACFI