|  |
| --- |
| **❑ Incident/accident** **❑ Améliorations des conditions de travail** **❑ Dysfonctionnement/non-fonctionnement d’une installation ou d’un dispositif de sécurité** |
| **Date :** **Heure :**  | **Lieu précis (bâtiment, étage, pièce) :** |
| **Nom :****Prénom :**  | **Encadrant (si non permanent) :** |
| **Description et circonstances du problème :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’assistant prévention :**  | **Date :** |
| **Observations de l’AP pouvant comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables :** |

|  |
| --- |
| **Observations (éventuelles) du directeur d’unité (pouvant comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables) :** |
| **Nom du directeur d’unité:** **Signature :** | **Date :** |

|  |
| --- |
| **Actions mises en œuvre pour corriger le problème :** |
| **Fiche clôturée le :** | **Nom du directeur d’unité:** **Signature :** |