|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **❑ 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 :** |