

**RELATIVE À DES SITUATIONS DE RISQUE GRAVE
OU À DES INCIDENTS RÉPÉTÉS AYANT RÉVÉLÉ UN RISQUE GRAVE**

(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LA SITUATION DE RISQUE GRAVE

Date et heure du fait générateur : _____

Poste de travail concerné : _____

Nature du risque : _____

Nom et qualification du ou des salariés exposés : _____

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Analyse des causes de la situation de risque grave, ou de l'incident (ou des incidents) ayant révélé un risque grave :

Mesures de prévention préconisées et suites données (notamment actions de formation appropriées) :

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête :

Date de l'enquête : _____
J M A

*Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant*

*Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*

**RELATIVE À DES SITUATIONS DE RISQUE GRAVE
OU À DES INCIDENTS RÉPÉTÉS AYANT RÉVÉLÉ UN RISQUE GRAVE**

(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LA SITUATION DE RISQUE GRAVE

Date et heure du fait générateur : _____

Poste de travail concerné : _____

Nature du risque : _____

Nom et qualification du ou des salariés exposés : _____

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Analyse des causes de la situation de risque grave, ou de l'incident (ou des incidents) ayant révélé un risque grave :

Mesures de prévention préconisées et suites données (notamment actions de formation appropriées) :

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête :

Date de l'enquête : _____
J M A

*Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant*

*Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*