



Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Gard

- Service Prévention des Risques Professionnels -

Envoyé en préfecture le 15/11/2023
Reçu en préfecture le 15/11/2023
Publié le 15/11/2023
ID : 030-243000593-20231108-DL2023_11_115-DE

ANNEXE 2 (à compléter par la collectivité et à retourner obligatoirement avant le 31 janvier)

Objectif : Cette enquête à actualiser tous les ans au 31 décembre est obligatoire. Elle permet le calcul de la cotisation annuelle et la préparation des visites d'inspections par l'ACFI

Collectivité / Etablissement Public :

N° SIRET

N° D'ENGAGEMENT COMPTABLE **CONCERNANT L'ANNEE**

Adresse postale :

Courriel accueil :

Téléphone standard :

Effectif de la collectivité défini au regard du nombre d'emplois permanents occupés par des agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public au 31 décembre de l'année N-1

Titulaires / Stagiaires : _____
Contractuels de droit public : _____
Total :

Jours et horaires d'ouverture en semaine :

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
matin	après-midi	matin	après-midi	matin	après-midi	matin	après-midi	matin	après-midi

Coordonnées :

Fonction	NOM	Prénom	Téléphone	Courriel
Autorité territoriale				
DGS / Secrétaire de mairie <small>barrer la mention inutile</small>				
Conseiller(s) et/ou Assistant(s) de prévention <small>obligation réglementaire : modèles arrêté et lettre de cadrage à télécharger sur le site du CDG</small>				

Registres exigés santé au travail : passage en CST obligatoire

Document Unique (mise à jour annuelle obligatoire) - DU : date de création et/ou de dernière mise à jour :

Registre Santé et Sécurité au Travail - RSST : oui non

Registre Dangers Graves et Imminents - RDGI : réalisé non réalisé

utilisé non utilisé

Règlement Intérieur (partie STI) - RI : oui non

CST : interne * (+ de 50 agents) départemental (- 50 agents --> CDG30)

* si interne : **NOM Prénom Président/e :**

téléphone : _____ Courriel : _____

NOM Prénom Secrétaire :

téléphone : _____ Courriel : _____

NOM Prénom Secrétariat :

téléphone : _____ Courriel : _____

Liste des locaux à inspecter : préciser le nombre et l'adresse de chaque local si nécessaire sur papier libre

<input type="text"/>	Locaux Administratifs	<input type="text"/>	Services techniques/Annexes	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ecoles	<input type="text"/>	Piscines	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Crèches	<input type="text"/>	Installations sportives	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Garderies	<input type="text"/>	Déchèteries	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Cantines / Restaurants	<input type="text"/>	Services OM	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Bibliothèques/Médiathèques	<input type="text"/>	Stations d'épuration	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Salles polyvalentes	<input type="text"/>	Stations de relevage	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Foyers/Centres	<input type="text"/>	Poste Municipale	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Théâtres / Musées	<input type="text"/>	Châteaux d'eau	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Offices du tourisme	<input type="text"/>	Ports	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Police Municipale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Éléments de contexte :

Accidents et maladies professionnelles : Quels ont été les principaux types d'accidents ou de maladies professionnelles ?

Un accident, qualifié de grave, s'est-il produit au cours des 3 dernières années ?

oui non * si oui, indiquer les circonstances détaillées :

Evènements futurs : Quels sont les évènements futurs pouvant influencer les conditions de travail ? (déménagements, travaux, réorganisation...)

Visites CHSCT, commission de sécurité, médecin de prévention, autres... Ces acteurs sont-ils intervenus sur le site ? A quelle date ?
Quelles ont été leurs préconisations ?

Points d'amélioration du service prévention souhaités :

Adhésion autres services facultatifs du CDG 30 :

Médecine	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Psychologue	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Mission handicap	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Dispositif de signalement	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Protection des données	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Affectation personnel temporaire	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Archivage	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Paie à façon	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____
Autre :	oui	<input type="checkbox"/>	depuis/du _____	au _____

Envoyé en préfecture le 15/11/2023

Reçu en préfecture le 15/11/2023

Publié le 15/11/2023



ID : 030-243000593-20231108-DL2023_11_115-DE