RECUEIL D'INFORMATIONS PREALABLES A LA FORMATION
SSCT des membres d'un CSE

ACTIVITE PRINCIPALE DE VOTRE SOCIETE

……..……

Effectif de l'entreprise : ……

Horaires de travail : Journée ☐ 2x8 ☐ 3x8 ☐ 5x8 ☐ autre :……..

Nombre de représentants CSE (titulaires & suppléants) dans l'entreprise : ……

Existe-t'il une CSSCT au sein de votre CSE oui ☐ non ☐

ORGANISATION DE LA PREVENTION

SERVICE HSE existant oui ☐ non ☐

Un CHSCT ou CSE existait-il déjà auparavant oui ☐ non ☐

Autres acteurs de prévention (Nom, fonction) :

……..

……..

Document Unique d'Evaluation des Risques à jour ? oui ☐ non ☐

Si oui, quels sont les principaux risques inventoriés (mécanique, chimique, électrique, travail isolé…)

……

……

Nombre d'AT / MP sur les 12 derniers mois AT …… MP ……

Connaissez-vous votre TF (taux de fréquence) ? oui ☐ …… non ☐

Connaissez-vous votre TG (taux de fréquence) ? oui ☐ …… non ☐

Nature des AT/MP (ex. coupure, chute, malaise, … / TMS, surdité, …) :

……

Disposez-vous d'un registre de suivi des accidents ? oui ☐ …… non ☐

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous une / des représentation(s) syndicale(s) ? oui ☐ non ☐

Le médecin du travail participe-t'il aux travaux CSE ? oui ☐ non ☐

L'agent CARSAT / OPPBTP participe-t'il aux travaux CSE ? oui ☐ non ☐

Existe-t'il des projets prévention engagés avec la CARSAT, l'ANACT, l'OPPBTP ? oui ☐ non ☐

Des entreprises extérieures interviennent-elles régulièrement dans vos locaux ? oui ☐ non ☐

Menez-vous des analyses pour déterminer les causes des AT ? oui ☐ non ☐

Un programme annuel de prévention est-il établi ? oui ☐ non ☐

Avez-vous déjà engagé une réflexion sur la pénibilité ? oui ☐ non ☐

Y'a-t-il un / des sujet(s) que vous souhaitez voir tout particulièrement abordé(s) lors de la formation ?

……

……