RECUEIL D'INFORMATIONS PREALABLES A LA FORMATION
SAUVETEUR SECOURISTE DU TRAVAIL

ACTIVITE PRINCIPALE DE VOTRE SOCIETE

……..……

Effectif de l'entreprise : ……

Horaires de travail : Journée ☐ 2x8 ☐ 3x8 ☐ 5x8 ☐ Nuit ☐

Nombre de SST déjà formés dans l'entreprise : ……

ORGANISATION DE LA PREVENTION

SERVICE HSE existant oui ☐ non ☐

DP, CHSCT ou CSE existant oui ☐ non ☐

Autres acteurs de prévention (Nom, fonction) :

……..

……..

Document Unique d'Evaluation des Risques : oui ☐ non ☐

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

……

……

……

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

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

……

……

MATERIEL DE SECOURISME A DISPOSITION

Trousse(s) / armoire(s) à pharmacie oui ☐ non ☐

Localisation trousse(s) / armoire(s) à pharmacie :

……

……

Contenu succinct de la trousse à pharmacie :

……

……

Disposez-vous d'un local de repos / infirmerie ? oui ☐ non ☐

Disposez-vous d'un registre d'accidents bénins ? oui ☐ non ☐

Vos locaux sont-ils équipés de défibrillateur(s) ? oui ☐ non ☐

Avez-vous rédigé des consignes / procédures de secours ? oui ☐ non ☐

si oui, merci de nous joindre une copie du document