

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

Accidents de service-du travail n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par la collectivité



Collectivité ou établissement :

Service :

Nom de l'assistant de prévention chargé de la tenue du registre :

.....



Ce registre a pour but de recenser tous les accidents de service, de travail, de trajet et les blessures bénignes subis par les agents de la collectivité. Ce registre doit être ouvert dans chaque service de la collectivité ou de l'établissement public territorial (*décret n°85-603 du 10 juin 1985*). Chaque agent a la possibilité d'inscrire sur ce registre toutes les observations et toutes les suggestions qu'il juge opportun de formuler dans le domaine de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

QUI?

Les agents doivent remplir ce document à chaque accident ou incident. Ce document peut être consulté par l'Autorité Territoriale, les Assistants et Conseillers de Prévention, le médecin de prévention, l'Agent Chargé de la Fonction d'Inspection (ACFI), les membres du CST ou la F3SCT.



Le Registre des accidents doit être accessible en permanence à tous les agents, charge à l'Autorité Territoriale d'en disposer plusieurs exemplaires dans les différents locaux.



Pour que ce registre soit efficace, il est indispensable d'expliquer son but et son fonctionnement à tous les agents. L'Assistant de Prévention peut assurer la mise en place et le suivi de ce registre.

IMPORTANT

L'inscription dans le registre ne dispense pas de la déclaration ultérieure à la Caisse primaire (au moyen de l'imprimé S. 6200) :

- si la victime le demande,
- dès qu'une modification de l'état de la victime le nécessite (arrêt de travail, soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie).

En particulier, dès que l'employeur délivre à la victime la feuille d'accident du travail S. 6201, la déclaration à la Caisse primaire devient obligatoire.

*Conseils pour l'impression : document mis en page pour être imprimé en recto uniquement (pas de recto-verso).
1 feuille = 1 fiche*

LISTE DES PERSONNES HABILITEES A COMPLETER LE REGISTRE DES ACCIDENTS BENINS

Le registre des accidents bénins, ouvert par la collectivité, doit être complété en priorité par des donneurs de soins :

- un médecin, un pharmacien ou un infirmier diplômé d'Etat,
- ou une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans la collectivité, détentrice d'un diplôme national de secourisme (Sauveteur Secouriste du Travail...).

Dans la pratique, il peut être également complété par :

- l'assistant ou le conseiller de prévention,
- le ou la secrétaire de mairie,
- les responsables de services.

Nom Prénom	Fonction	Service	Date	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

	Autorité Territoriale	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :
	Responsable hiérarchique	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :
Copie	Assistant de Prévention	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :
transmise à	CST / F3SCT	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :
	ACFI	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :
	Médecin de Prévention	<input type="checkbox"/> Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS

INCIDENT

ACCIDENT MATERIEL

ACCIDENT CORPOREL

Cocher la case correspondante

Copie
transmise à

Autorité Territoriale
Responsable hiérarchique
Assistant de Prévention
CST / F3SCT
ACFI
Médecin de Prévention

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

N°	Nom, prénom de la victime	ACCIDENT / INCIDENT				
		Date et Heure	Lieu de l'accident et circonstances détaillées	Nature et siège des lésions	Nom de la personne ayant donné les premiers soins (SST)	Signature

REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS DE TRAVAIL BENINS