

**VISITE**  
du CHSCT spécial départemental de la Corrèze

**FICHE D'OBSERVATION**

**Date de la visite :** .....

**Membres de la délégation :** .....

.....

.....

.....

**Visite en présence de :** .....

(représentants .....

de la collectivité, .....

de l'EPL, de l'école) .....

## 1. Fiche signalétique de l'établissement

Code RNE :

Type d'établissement :

**Nom de l'établissement :**

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

Courriel :

### 1.1. Taille de la structure

Nombre d'élèves :

Nombre de personnels de l'éducation nationale :

Nombre de personnels autres :

### 1.2. Présence de co-activité

Pendant le temps scolaire

hors le temps scolaire

autres (association, résidence, logement sous convention...)

## 2. Registres

- Présence du « registre de santé et de sécurité au travail » :  Oui  Non  
 Affichage signalant l'accès au registre :  Oui  Non  
 Dernier visa du chef d'établissement : Date :  
 Transmission du registre au CA et/ou à la CHS :  Oui  Non
- Présence du « registre spécial de signalement d'un danger grave et imminent »  Oui  Non  
 Affichage signalant l'accès au registre :  Oui  Non  
 Dernier visa du chef d'établissement : Date :  
 Préciser le dernier incident signalé :  
 Transmission du registre au CA et/ou à la CHS :  Oui  Non

## 3. Conseil d'administration – commission d'hygiène et sécurité (CHS)

- CHS existante  Oui  Non Date de création :  
 Transmission du dernier PV de réunion au conseil d'administration le :  
 La liste nominative des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail départemental (CHSCTD), ainsi que l'indication de leur lieu habituel de travail est-elle affichée dans l'établissement ?  Oui  Non  
Lieux d'affichage :  
 S'il n'y a pas de CHS dans l'établissement :  
Délibération des questions concernant l'hygiène et la sécurité aux séances du CA :  
→ le :  
→ le :

## 4. Santé – social

### 4.1. Infirmierie

- Ouverture :  Temps complet  Mi-temps  Temps partagé  
 Pas d'infirmière
- Nombre de chambres :  
 Y a-t-il un défibrillateur à proximité :  Oui  Non

### 4.2. Accidents

- Nombre d'accidents de service du personnel au cours des deux dernières années :  
Avec arrêt : Sans arrêt :  
Mesures prises en cas de récurrence :  
  
 Nombre d'accidents survenus au cours des deux dernières années, ayant entraîné une hospitalisation de plus de 48 heures :  
Mesures prises en cas de récurrence :



Mobilier adapté aux enseignants  Oui  Non  
Si non, pourquoi :

Etat des locaux effectués ou programmés  Oui  Non  
Si non, pourquoi :

Confort sonore  Oui  Non  
Si non, pourquoi :

## 7. Installations sportives

Utilisation :  
    ♦ Uniquement par le public scolaire :  Oui  Non  
    ♦ En accès libre :  Oui  Non  
 A proximité de l'établissement nécessitant un déplacement :  
    ♦ à pied  Oui  Non  
    ♦ en transport collectif  Oui  Non  
    Si oui, lequel :

## 8. Restauration collective

Les personnels de l'établissement prennent-ils leur repas à la cantine :  Oui  Non  
Nombre :  
 Dispose-t-il d'une salle dédiée :  Oui  Non  
 Nombre de repas servis en moyenne par jour :

## 9. Travaux de restructuration ou de rénovation

Restructuration – rénovation : effectuées le :  
 Préciser la nature des travaux :  
 Confort thermique :  Oui  Non  
Si non, pourquoi :

## 10. Annexes

Fiche établissement  
 Fiche EPP  
 Accidents scolaires des élèves