DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE / ASSOCIATION POUR LES FORMATIONS (SST, MAC SST)

Ce formulaire permet de recueillir des informations dans le cadre de l’accompagnement des entreprises / associations dans la Santé & Sécurité au Travail par le réseau prévention de l’INRS.

* Vous êtes : [ ] une entreprise [ ] une association
* Nom de la Société : Cliquez ici pour taper du texte..
* Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.
* Tel : Cliquez ici pour taper du texte. Fax :Cliquez ici pour taper du texte.
* Mail :Cliquez ici pour taper du texte. Numéro Siret : Cliquez ici pour taper du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEMS** | **COMMENTAIRES** |
| **Quel est votre secteur d’activité ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quel est le nombre de salariés et leurs emplois ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quels sont les horaires de travail ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quel est le nombre de SST, leur activité et horaires de travail?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avez-vous : Document Unique, registre des AT/MP (sur 2 ans), registre des accidents bénins ?****Si oui, lesquels ? (merci de nous transmettre un exemplaire)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avez-vous une organisation de la prévention dans l’entreprise ?****Si oui, laquelle ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avez-vous des acteurs de préventions (CHSCT, QHSE, HSE, Etc….) ?****Si oui, lesquels ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avez-vous des consignes liées à l’organisation des secours dans l’entreprise avec les personnes à alerter ?** **Si oui, lesquelles ? (merci de nous les transmettre)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Coordonnées du médecin du travail d’appartenance ?**  | Cliquez ici pour taper du texte. |

Ce document est à remplir par l’employeur ou le service Ressources Humaines.