

CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DE L'AUTORISATION D'UN REGISTRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL BÉNINS

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

N° SIRET :	Effectif :
Raison sociale :	
Adresse :	
Téléphone :	Fax :
Nom de la personne chargée de la tenue du registre :	

CONDITIONS DE DELIVRANCE

(Décret n°85.1133 du 22 octobre 1985) - Code de la sécurité sociale D.441-1 à D.441-4

Présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'État, ou d'un nombre suffisant de salariés titulaires du diplôme de Sauveteur Secouriste du Travail ou de l'attestation Prévention Secours Civique de Niveau 1 complétée par la formation complémentaire de sauveteur secouriste du travail et dont l'un au moins est chargé d'une mission de sécurité.	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/>
Existence d'un poste de secours d'urgence (CF définition par la Carsat Nord-Est jointe)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/>
Soumis aux obligations sociales prévues par les articles L.4611-1 à 6, L.4523-11 à 17 et L.4524-1 du code du travail Si OUI, quelle est l'organisation mise en place dans l'entreprise ? <ul style="list-style-type: none"> - CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) - CSE (Comité Social et Economique) - CSSCT (Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail) - Représentants de proximité Si vous ne disposez pas d'une de ces organisations merci de nous en indiquer le motif :	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI

(1) Cochez la case correspondante

Je, soussigné(e), (Prénom) _____ (Nom) _____ ,
 représentant légal de l'entreprise, certifie sincères et véritables les déclarations ci-dessus.

Fait à _____ , le _____

Signature
(cachet de l'entreprise)