

**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

Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/>	Présence permanente d'un médecin, <b>ou</b> d'un pharmacien, <b>ou</b> d'un infirmier diplômé d'État, <b>ou</b> d'un nombre suffisant de salariés titulaires du diplôme de Sauveteur Secouriste du Travail <b>ou</b> 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 : <u>Existence d'un CHSCT</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> motif : .....

(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)