

## Relevé d'observations et suggestions

Date : ..... Heure : .....

Nom et Prénom de l'agent ou de l'utilisateur : .....

Qualité ou fonction : .....

### Observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail

.....  
.....  
.....  
.....

Signature :

---

### Visa du chef d'établissement

Date : .....

Signature :

### Observations éventuelles (pouvant comprendre, le cas échéant, la ou les solutions envisageables)

.....  
.....  
.....

---

### Examen de la CHS de l'établissement (ou à défaut, du CA) et/ou du CHSCTD et/ou du CHSCTA

Date : .....

### Observations éventuelles

.....  
.....  
.....