



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## Fiche de saisine

### CHSCT départemental de la Seine et Marne

Ville :		Date :	
Etablissement d'affectation			
Nom, Prénom et qualité du demandeur :		Tél :	
		Mél. :	

Risque : *(entourez la catégorie puis précisez)*

Hygiène		Problème médical : accident de travail, adaptation de poste...	
Sécurité des locaux		Risques psycho-sociaux	
Autres			

Quel est le motif principal de votre demande	
Quelle action avez-vous déjà menée ?	
Merci de préciser ce que vous attendez du CHSCT	

Nom : \_\_\_\_\_