

FICHE SUR LE POSTE DE TRAVAIL
en exécution de l'AR du 19/2/97 : sécurité et santé au travail des intérimaires

ENTREPRISE : FAX :
Poste à pourvoir : Fonction type :
Qualification professionnelle exigée :

Volet A

DESCRIPTION DES ACTIVITES (par poste de travail) : Où ?

Quelle machine, moyen de transport, produit, ?.....

Tâches ?

RESULTAT DE L'EVALUATION DES RISQUES (en exécution de l'AR du 27/3/98 : le système dynamique de gestion des risques) Risques ?

Mesures de prévention prises :

Instructions particulières, formation ?

ETUDIANTS TRAVAILLEURS AUTORISES **APTITUDE à la conduite CHAUFFEUR**

Volet B

RISQUES ET NUISANCES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> chute : | <input type="checkbox"/> de hauteur |
| | <input type="checkbox"/> de plain-pied |
| <input type="checkbox"/> coupures | <input type="checkbox"/> bruit |
| <input type="checkbox"/> écrasements | <input type="checkbox"/> vibrations |
| <input type="checkbox"/> éclats volants | <input type="checkbox"/> chaleur |
| <input type="checkbox"/> brûlures | <input type="checkbox"/> froid |
| <input type="checkbox"/> risques électriques | <input type="checkbox"/> humidité |
| <input type="checkbox"/> chute d'objets | <input type="checkbox"/> nuisance chimique |
| <input type="checkbox"/> travail isolé | <input checked="" type="radio"/> éclaboussures |
| <input type="checkbox"/> autres : | <input checked="" type="radio"/> poussières |
| | <input checked="" type="radio"/> gaz, vapeurs |

SURVEILLANCE DE SANTE EXIGEE¹

Evaluation de santé préalable : non oui

Poste de sécurité:.....

Poste de vigilance :

Risque de santé (risque de maladies professionnelles) :

physique:..... chimique:.....

biologique:..... radiations ionisantes:.....

Charge ergonomique

usage écrans de visualisation

manutention manuelle de charges (risque de lésion dorsale)

autre :

Charge psychosociale :

Contact direct avec des denrées alimentaires

Travail de nuit : non oui Travail posté : non oui

Vaccinations/tests : tétanos tuberculose

hépatite B autres:.....

Mesures en cas de grossesse et d'allaitement: oui non

lesquelles quand

Examen dirigé : périodicité :

Aptitudes médicales/contre- indication :

QUELS VETEMENTS DE TRAVAIL / EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

SONT PORTES ? (responsabilité utilisateur)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> salopette/pantalon/veste/autres: | <input type="checkbox"/> protection respiratoire (type): |
| <input type="checkbox"/> chaussures de sécurité (type): | <input type="checkbox"/> coquilles/bouchons d'oreilles (type): |
| <input type="checkbox"/> gants (type): | <input type="checkbox"/> harnais de sécurité (type): |
| <input type="checkbox"/> casque/coiffe (type): | <input type="checkbox"/> équipement spécifique: |
| <input type="checkbox"/> écran/lunettes (type): | <input type="checkbox"/> autres : |

Pour l'entreprise : nom et signature :

Le/la soussigné(e) a été informé(e) sur le poste à pourvoir.

Nom et signature de l'intérimaire :

Date :

¹ Nature de l'exposition comme prévue dans les listes établies en exécution du Code, Titre I, Chapitre IV, art.4

Remarque générale : pour la fiche sur le poste de travail, l'avis préalable des services de Prévention et de Protection au Travail ainsi que du Comité est requis

Date :

Remarque générale : pour la fiche sur le poste de travail, l'avis préalable des services de Prévention et de Protection au Travail ainsi que du Comité est requis