

## Fiche poste de travail « stagiaire »

En exécution de l'A.R. du 21/09/2004 : la protection des stagiaires - M.B. 04/10/2004

**ENTREPRISE:** A.S.B.L. IMP SAINTE-GERTRUDE Fax: 068/45 58 49  
**Poste à pourvoir:** ADMINISTRATIF **Fonction type:** Travail sur ordinateur  
**Qualification professionnelle exigée:** \_\_\_\_\_

### VOLET A

- **DESCRIPTION DES ACTIVITÉS** (par poste de travail): Où? chemin de Wisbeq, 6 7940 Brugelette  
Quelle machine, moyen de transport, produit,...? ordinateur  
Tâches? encodage, tâches administratives,
- **RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION DES RISQUES** (en exécution de l'A.R. du 27/03/98: le système dynamique de gestion des risques)  
Risques? Poste à écran  
Mesures de prévention prises: Utilisation de Matériel ergonomique  
Instructions particulières, formation? \_\_\_\_\_
- **STAGIAIRES TRAVAILLEURS AUTORISÉS**

### VOLET B

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>■ <b>RISQUES ET NUISANCES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chute: <input type="checkbox"/> de hauteur<br/><input type="checkbox"/> de plain-pied</p> <p><input type="checkbox"/> Coupures <input type="checkbox"/> Bruit</p> <p><input type="checkbox"/> Ecrasements <input type="checkbox"/> Vibrations</p> <p><input type="checkbox"/> Eclats volants <input type="checkbox"/> Chaleur</p> <p><input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Froid</p> <p><input type="checkbox"/> Risques électriques <input type="checkbox"/> Humidité</p> <p><input type="checkbox"/> Chute d'objets <input type="checkbox"/> Nuisance chimique</p> <p><input type="checkbox"/> Travail isolé <input type="checkbox"/> éclaboussures</p> <p><input type="checkbox"/> Autres: _____ <input type="checkbox"/> poussière</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> gaz, vapeurs</p> | <p>■ <b>SURVEILLANCE DE SANTÉ EXIGÉE</b> Evaluation de santé préalable: <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui</p> <p>Poste de sécurité: <u>  /  </u></p> <p>Poste de vigilance: _____</p> <p>Risque de santé (risque de maladies professionnelles):<br/>physique: _____ chimique: _____ biologique: _____ radiations ionisantes: _____</p> <p>Charge ergonomique: <input checked="" type="checkbox"/> usage écrans de visualisation<br/><input type="checkbox"/> manutention manuelle de charges (risque de lésion dorsale)<br/><input type="checkbox"/> autre: _____</p> <p>Charge psychosociale: _____</p> <p>Contact direct avec des denrées alimentaires: _____</p> <p>Travail de nuit: <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/> oui Travail posté: <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p>Vaccinations/tests: <input type="checkbox"/> tétanos <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> hépatite B <input type="checkbox"/> autres: _____</p> <p>Mesures en cas de grossesse et d'allaitement: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lesquelles? <u>  /  </u> Quand? _____</p> <p>Examen dirigé: _____ Périodicité: _____</p> <p>Aptitudes médicales / contre-indication: _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

■ **QUELS VÊTEMENTS DE TRAVAIL / ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE SONT PORTÉS ? (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"/> Equipement spécifique: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Ecran / lunettes (type): _____               | <input type="checkbox"/> autres: _____                                 |

N° d'affilié de l'entreprise: 236859000

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

N° travailleur: \_\_\_\_\_

Nom et signature du stagiaire: \_\_\_\_\_

Date:   /  /  

Date:   /  /  

Signature: \_\_\_\_\_



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.