

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: Personnel Para-médical Fonction type: _____
 Qualification professionnelle exigée: _____

VOLET A

■ **DESCRIPTION DES ACTIVITÉS** (par poste de travail): Où ?

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

Tâches ? _____

■ **RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION DES RISQUES** (en exécution de l'A.R. du 27/03/98 : le système dynamique de gestion des risques)

Risques? Hépatite A, Tuberculose, conduite véhicules institutionnels

Mesures de prévention prises: Conseil de vaccination (hépatite A et B)

Instructions particulières, formation ? _____

■ **STAGIAIRES TRAVAILLEURS AUTORISÉS**

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"/> Ecrasements | <input type="checkbox"/> Vibrations |
| <input type="checkbox"/> Eclats 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 type="checkbox"/> éclaboussures |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autres: | <input type="checkbox"/> poussière |
| <u>change psycho-sociale</u> | <input type="checkbox"/> gaz, vapeurs |

TBC: Tuberculose (suivi sans intra-dermo)

■ **SURVEILLANCE DE SANTÉ EXIGÉE**

Evaluation de santé préalable: non oui

Poste de sécurité: oui si conduite véhicules institutionnels

Poste de vigilance: _____

Risque de santé (risque de maladies professionnelles):

physique: / chimique: / biologique: TBC radiations ionisantes: /

Charge ergonomique: usage écrans de visualisation

manutention manuelle de charges (risque de lésion dorsale)

autre: _____

Charge psychosociale: oui

Contact direct avec des denrées alimentaires: non

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? Modification poste Quand? Pas de contact avec risques infectieux

Examen dirigé: _____ Périodicité: _____

Aptitudes médicales / contre-indication: _____

■ **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: 236859 000

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

N° travailleur: _____

Nom et signature du stagiaire: _____

Date: ____ / ____ / ____

Date: ____ / ____ / ____

Signature: 

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.