

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 technique (entretien sols)

Fonction type: _____

Qualification professionnelle exigée: _____

VOLET A

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

Quelle machine, moyen de transport, produit,...? Produits alcalins, détergents

Tâches? Nettoyage

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

Risques? Produits alcalins, Manutention

Mesures de prévention prises: _____

Instructions particulières, formation? Formation à la Manutention

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 type="checkbox"/> Autres: | <input type="checkbox"/> poussière |
| | <input type="checkbox"/> gaz, vapeurs |

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: détergents 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: 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 manutention

Examen dirigé: _____

Périodicité: _____

Aptitudes médicales / contre-indication: _____

QUELS VÊTEMENTS DE TRAVAIL / ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE SONT PORTÉS? (responsabilité utilisateur)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" 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 checked="" 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.