

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 : Centre Sainte-Gertrude

Poste à pourvoir : EDUCATEUR

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 ? Infectieux (Tuberculose sans intradrame), hépatite A+B, VIH, tétanos

Mesures de prévention prises : Conseil Vaccination TUBERIX, TÉDIVAX, Vaccin anti-tétanique Conduite Véhicule

Instructions particulières, formation ? Formation Manutention (SATA, SRA, SRI R)

■ ☐ STAGIAIRES TRAVAILLEURS AUTORISÉS

VOLET B

■ RISQUES ET NUISANCES

- | | |
|--|--|
| ☐ Chute : | ☐ de hauteur |
| | ☐ de plain-pied |
| ☐ Coupures | ☐ Bruit |
| ☐ Ecrasements | ☐ Vibrations |
| ☐ Eclats volants | ☐ Chaleur |
| ☐ Brûlures | ☐ Froid |
| ☐ Risques électriques | ☐ Humidité |
| ☐ Chute d'objets | ☐ Nuisance chimique |
| ☐ Travail isolé | ☐ éclaboussures |
| ☒ Autres : <u>Violence</u> | ☐ poussière |
| | ☐ gaz, vapeurs |

■ SURVEILLANCE DE SANTÉ EXIGÉE

Évaluation de santé préalable : ☐ non ☒ oui

Poste de sécurité : _____

Poste de vigilance : _____

Risque de santé (risque de maladies professionnelles) :

physique : _____ chimique : _____ biologique : OUI 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 : _____

Travail de nuit : ☐ non ☒ oui

Travail posté : ☐ non ☐ oui

Vaccinations/tests : ☒ tétanos ☐ tuberculose ☒ hépatite B ☐ autres : hépatite A

Mesures en cas de grossesse et d'allaitement :

☒ oui ☐ non

Lesquelles ? Écartement

Quand ? Début grossesse

Examen dirigé : _____

Périodicité : _____

Aptitudes médicales / contre-indication : _____

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Salopette / pantalon / veste / autres : _____ | ☐ Protection respiratoire (type) : _____ |
| ☐ Chaussures de sécurité (type) : _____ | ☐ Coquilles / Bouchons d'oreilles (type) : _____ |
| ☐ Gants (type) : _____ | ☐ Harnais de sécurité (type) : _____ |
| ☐ Casque / coiffe (type) : _____ | ☐ Equipement spécifique : _____ |
| ☐ Ecran / lunettes (type) : _____ | ☐ autres : _____ |

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

Nom et signature du stagiaire : _____

Date : _____ / _____ / _____