

Fiche de poste de travail

A. Identification de la fiche

Identification de la fiche :

Date :

B. Utilisateur – Coordonnées de l'entreprise

Denominatie :

Adresse :

Tél. personne de contact :

Service Externe PPT : **Mensura – S.E.P.P.**

C. Entreprise de travail intérimaire (si applicable)

Dénomination :

Adresse :

Service Externe PPT :

Tél. personne de contact :

Date de la remise de la
copie commentée au
travailleur :/...../.....

D. Le collaborateur concerné

Nom :

Tél. :

Prénom :

Date de naissance :

Qualification :

E. Caractéristiques du poste de travail ou de la fonction

Fonction à remplir :

Qualifications et conditions professionnelles exigées :

Localisation du poste de travail :

Équipements de travail à utiliser :

Interdit aux jeunes au travail :

F. Mesures prises liées à la protection de la maternité

Travailleuse enceinte : Aménagement du poste de travail :

Écartement pour une période de :

Travailleuse allaitante : Aménagement du poste de travail :

Écartement pour une période de :

G. Surveillance de santé obligatoire

Oui Non

Poste de sécurité

Poste de vigilance

Activité à risque défini liée à :

Code

Agents chimiques

Agents physiques

Bruit

Température

Rayonnements ionisants

Autre

Agents biologiques

Vaccinations

Contraintes

Écran de visualisation

Manutention de charges

Autre

Travail de nuit ou posté

Risques particuliers ou tensions physiques ou mentales :

Charge

psychosociale

*Activité liée aux
denrées
alimentaires*

Jeune au travail

H. Vêtements de travail et équipements de protection individuelle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pantalon / veste ou blouson | <input type="checkbox"/> Protection respiratoire / masque |
| <input type="checkbox"/> Salopette | <input type="checkbox"/> Lunettes / écran de protection |
| <input type="checkbox"/> Blouse ou cache-poussière | <input type="checkbox"/> Coquilles / bouchons d'oreilles |
| <input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité | <input type="checkbox"/> Pommades |
| <input type="checkbox"/> Ceintures / harnais de sécurité | <input type="checkbox"/> Equipement spécifique |
| <input type="checkbox"/> Gants / moufles | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Casque | |

I. Formation

Instructions préalable :

Formation acquise :

Formation nécessaire :

J. Réalisation de l'accueil

(A compléter uniquement si la fiche de poste de travail est utilisée comme document d'enregistrement de l'accueil pas l'utilisateur)

Nom	Signature	Date
Utilisateur ou membre de la ligne hiérarchique chargé de l'accueil :		

Date de l'avis du Comité :

Date de l'avis du conseiller en prévention-médecin du travail :

Date de l'avis du conseiller en prévention du service interne :

A remplir par l'utilisateur : rubriques A,B, E, F, G, H, I, J
 A remplir par l'entreprise de travail intérimaire : rubriques C et D

Disclaimer : Mensura EDPB offre ces renseignements généraux de par ses connaissances et son expérience et en l'absence d'information du médecin du travail de l'utilisateur. Mensura n'a pas effectué l'analyse des risques et l'évaluation de cet utilisateur, et ne peut donc être tenu responsable des éventuelles omissions. Pour d'éventuelles précisions, veuillez contacter le service externe de l'utilisateur.