**Fiche d’Accueil Sécurité – modèle**

Selon le décret n°85-603 modifié – article 6 et 7

NOM : ………………………………………………… PRENOM : ……………………………………………

STATUT : ……………………………………………

SERVICE : …………………………………………………………

POSTE(S) DE TRAVAIL : …………………………………

*Cette fiche doit être remplie avant l’affectation au poste de travail. Elle atteste que l’information à la prévention des risques professionnels et à la sécurité a bien été dispensée.*

****

**RECEPTION DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Précisions sur les protections individuelles remises | Activités nécessitant le port de ces protections |
| **Casque de chantier** |  |  |
| **Lunettes** |  |  |
| **Protecteur antibruit** |  |  |
| **Protection respiratoire** |  |  |
| **Gants** |  |  |
| **Vêtements de travail** |  |  |
| **Gilet rétro**  **réfléchissant** |  |  |
| **Bottes** |  |  |
| **Chaussures de sécurité** |  |  |

**AUTRES EQUIPEMENTS :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CONSULTATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL / MEDECINE PREVENTIVE :**

🞎 Effectuée le  : …… / …… / ……… 🞎 Non effectuée

Avis formulé : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS RECUES :**

* Les horaires de travail
* L’organisation du service ou de l’équipe
* Les locaux sociaux (vestiaires, réfectoire, sanitaires)
* Les consignes particulières du site
* Les accès et issues de secours spécifiques au site
* La conduite à tenir en cas d’accident
* La trousse de secours (emplacement) et le nom des secouristes
* Le poste de travail et les conditions d’exécution du travail
* Les dispositifs et mesures générales de protection collective
* L’utilisation des équipements de protection individuelle
* Les coordonnées et le rôle de l’assistant de prévention
* Le registre santé et sécurité du travail (emplacement et utilité)
* Le registre de danger grave et imminent (emplacement et utilité)
* Le document unique d’évaluation des risques professionnels

**FORMATION(S) SUIVIE(S) :**

* Risques électriques ❑ OUI ❑ NON Organisme : ………………… Date : ………………
* Secourisme ❑ OUI ❑ NON Organisme : ………………… Date : ………………
* Conduite d’engins ❑ OUI ❑ NON Organisme : ………………… Date : ………………

Si oui lesquelles :……………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTRES FORMATIONS SUIVIES** (Gestes et postures, lutte contre l’incendie, produits chimiques…)**: ….** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DOCUMENTS REMIS** (livret d’accueil, règlement intérieur…)**:** …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*LE RESPONSABLE DE L’ACCUEIL L’AGENT*

*(Personne ayant effectué l'accueil de l'agent)*

*Nom :………………………………………………………. Nom :……………………………………*

*Fait le :………………………………………………… Fait le :……………………………*

*Signature : Signature :*