

Fiche de poste de travail Interimaire

A. Identification de la fiche

Identification de la fiche :

Date :

B. Utilisateur

Dénomination é

Adresse:

Tél. personne de contact :

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

C. Entreprise de travail intérimaire

Dénomination :

Adresse :

Tel. Contactperson :

Service Externe PPT :

Tél. personne de contact :

Date de remise d'une copie à l'intérimaire :/...../.....

D. Travailleur intérimaire

Nom :

Tél .:

Prénom :

Date de naissance :

Qualification :

E. Caractéristiques du poste de travail ou de la fonction

Fonction à remplir :

Qualifications et conditions professionnelles :

Localisation du poste de :

Équipements de travail :

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"/> 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 / mouffles | <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, conformément à l'article 11, § 2, alinéa 2)

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