|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE ACCUEIL SECURITE** | |
| Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Visite médicale réalisée le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Nom : | Prénom : |
| Service : | Fonction : |

LOGO

COLLECTIVITE

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCUEIL** | |
| Présentation de la collectivité (organisation, horaires, démarches administratives...) |  |
| Présentation des acteurs de la prévention (assistant de prévention, CHSCT, médecin de prévention...) |  |
| Visite des locaux (vestiaire, réfectoire, sanitaires, ateliers, accès et issuss de secours) |  |
| Présentation du règlement intérieur |  |
| Présentation du Document Unique |  |
| Présentation des registres (santé et sécurité au travail, dangers graves et imminents) |  |
| **CONSIGNES DE SECURITE** | |
| Consignes en cas d’incendie |  |
| Consignes en cas d’accident |  |
| Nom des Sauveteurs Secouristes du Travail |  |
| Localisation des moyens de secours (trousse de premiers soins, extincteurs...) |  |
| **FORMATION AU POSTE DE TRAVAIL** | |
| Présentation du poste de travail et des conditions d’exécution du travail |  |
| Présentation des risques (généraux et particuliers du poste) |  |
| Présentation des moyens de prévention et de protection |  |
| Présentation, utilisation et entretien des EPI |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE FOURNIS** | | | | | |
|  | Aucun équipement remis | | | | |
|  |  | **Casque**  Type :  Quantité : |  |  | **Système anti-chute**  Type :  Quantité : |
|  |  | **Protections auditives**  Type :  Quantité : |  |  | **Lunettes**  Type :  Quantité : |
|  |  | **Chaussures et/ou bottes de sécurité**  Type :  Quantité : |  |  | **Protections voies respiratoires**  Type :  Quantité : |
|  |  | **Vêtements de travail**  Type :  Quantité : |  |  | **Visières de protection**  Type :  Quantité : |
|  |  | **Gants**  Type :  Quantité : |  |  | **Vêtements haute visibilité**  Type :  Quantité : |
|  | **Autres** (à préciser) : | | | | |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS REMIS** (livret d’accueil, règlement intérieur...) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTESTATION DE FORMATION** | |
| Je soussigné(e) ,  né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ ,  employé(e) par ,  en tant que ,  à partir du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ , certifie avoir reçu une pratique et appropriée en matière d’hygiène et de sécurité, dispensé par | |
| **Le responsable de l’accueil**  Nom :  Fonction :  Fait à :  Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Signature | **L’agent**  Nom :  Fait à :  Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Signature |