|  |
| --- |
| **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 |