

Les travailleurs intérimaires doivent être informés des risques professionnels liés à leur poste de travail.

## Fiche 7.6.1. Modèle de fiche de poste de travail

La fiche de poste de travail permet à l'employeur de transmettre l'information concernant les risques liés aux postes de travail aux différentes parties concernées (travailleurs, intérimaires, entreprise tierce, médecin du travail, ...)

Lorsque la surveillance de santé est obligatoire, la fiche de poste de travail mentionne le type de poste de travail ou d'activité exercée ainsi que la nature du risque spécifique correspondant à une activité à risque défini ou à une charge psychosociale.

Le volet A concerne tous les postes de travail, le volet B est à compléter pour les travailleurs intérimaires et le volet C dans le cas où ce document sert également à enregistrer l'accueil des nouveaux travailleurs<sup>1</sup>.

### Volet A : à compléter par l'ASBL

#### 1. Renseignements généraux

N° d'identification :

Date d'émission :

ASBL :

Numéro BCE :

Adresse :

Tél. personne de contact :

Service externe PPT :

#### 2. Description du poste de travail - fonction

Titre de la fonction à remplir :

Tâches à exercer :

Qualifications et conditions professionnelles exigées :

Localisation du travail :

Équipements de travail utilisés :

Instructions préalables :

Formations à prévoir :

Interdit aux jeunes :  oui  non

Interdit au - de 18 ans :  oui  non

#### 3. Vêtements de travail et équipements de protection individuelle (+indiquer le type de protection)

veste

pantalon – salopette

blouse

chaussures de sécurité, type :

ceintures – harnais de sécurité, type :

gants – moufles, type :

casque

masque, type :

lunettes – écran de protection, type :

protection auditive, type :

pommades, type :

équipement spécifique (à préciser) :

autres :

<sup>1</sup> Voir fiche outil 4.3.1. Accueil des nouveaux travailleurs

#### 4. Surveillance de santé obligatoire

Vaccinations	<input type="checkbox"/> tétanos	<input type="checkbox"/> tuberculose
	<input type="checkbox"/> hépatite B	<input type="checkbox"/> autres :
Type de poste	<input type="checkbox"/> poste de sécurité	
	<input type="checkbox"/> poste de vigilance	
	<input type="checkbox"/> activités liées aux denrées alimentaires	
<b>RISQUES POUR LA SANTÉ LIÉS AUX :</b>	<b>NOM</b>	<b>CODE<sup>2</sup></b>
Agents chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agents biologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agents physiques	<input type="checkbox"/> bruit	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> température	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> rayonnements ionisants	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/>
Contraintes	<input type="checkbox"/> écran de visualisation	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> manutention de charge	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> travail de nuit/en équipe	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/>
Charge psychosociale	<input type="checkbox"/> risque identifiable de charge psychosociale	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> stress	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> la violence, le harcèlement moral et physique	<input type="checkbox"/>

#### 5. Mesures 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 :

#### 6. Approbation

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 - Service interne :

### Volet B : à compléter par l'entreprise de travail intérimaire

#### 7. Renseignements généraux

Entreprise :	Numéro BCE :
Tél. personne de contact en agence :	
Adresse :	
Service externe PPT:	

#### 8. Renseignements concernant l'intérimaire

Nom, prénom :	N° d'identification de registre national :
Date de naissance :	Tél. :
Formations acquises :	Expériences :
Date de remise d'une copie à l'intérimaire :	

### Volet C : à compléter par l'ASBL - accueil

#### 9. Réalisation de l'accueil / à compléter uniquement si la FPT est utilisée comme document d'enregistrement de l'accueil par l'utilisateur

Nom du responsable de l'accueil :	
Fonction :	
Date de l'accueil :	Signature :

<sup>2</sup> Utiliser les codes et dénominations tels qu'ils sont repris dans l'annexe I de l'arrêté ministériel du 9 juin 2010 fixant le modèle du rapport d'activité annuel des services externes pour la prévention et la protection au travail