

Si salarié isolé (pas d'établissement dans l'Allier), merci de transmettre la Fiche d'Entreprise de la société

Nom de l'entreprise	
Adresse	
N° tel	
Mail	

Nom du chef d'établissement	
Nom de la personne chargée de la planification des visites médicales N° tel – Mail	
Nom de la personne chargée de la prévention des risques sur la santé N° tel – Mail	

Convention collective	
Activité de l'entreprise	
CHSCT	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Effectif	Hommes :	Femmes :
Avez-vous des femmes enceintes à la date de rédaction de la présente fiche ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Horaires	Journée <input type="checkbox"/> Posté : 2x8 <input type="checkbox"/> 3x8 <input type="checkbox"/> 5x8 <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des salariés qui travaillent de nuit * ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* Si oui, joindre la liste des salariés concernés

Avez-vous établi des fiches de poste pour vos salariés ? (si oui, nous les communiquer svp)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous ou allez-vous avoir recours à de la main d'œuvre intérimaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Merci de préciser les postes de travail concernés	
Les tâches confiées :	
Avez-vous des salariés de moins de 18 ans * ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des travailleurs handicapés * ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Combien ? :	
Y-a-t-il des mesures d'adaptation des postes pour les travailleurs handicapés ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des travailleurs avec une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* Si oui, joindre la liste des salariés concernés

Locaux de travail :

Locaux	Bureaux <input type="checkbox"/>	Ateliers <input type="checkbox"/>	Magasin <input type="checkbox"/>	Chantier <input type="checkbox"/>	Au domicile du salarié <input type="checkbox"/>
Vestiaires <input type="checkbox"/>	Sanitaires <input type="checkbox"/>	Néant <input type="checkbox"/>	Espace où les salariés peuvent prendre leur repas <input type="checkbox"/>		



RISQUES LIES A L'ENTREPRISE :

Avez-vous établi le document unique d'évaluation des risques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, souhaitez-vous notre aide pour son élaboration ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Risques particuliers :

Des salariés ont-ils une habilitation électrique ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Des salariés ont-ils une habilitation de conduite (dont CACES) ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Echafaudages (montage – démontage)	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Exposition à des rayonnements ionisants ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Exposition à l'amiante ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Exposition au plomb ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Travail en milieux hyperbare ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Exposition à des agents CMR (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques) ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non
Exposition à des Agents Biologiques Pathogènes groupes 3 et 4 ?	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non

* Si oui, joindre la liste des salariés / postes concernés

Autres risques :

Manutentions manuelles (port de charges – pousser tirer)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Postures contraignantes (flexion – torsion du dos, travail avec les bras au-dessus des épaules...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bruit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Conditions climatiques (froid, chaud, intempéries)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vibrations (conduite d'engins, matériels vibrants portatifs tels que marteau piqueur, jet haute pression, tronçonneuse...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Champs électromagnétiques	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non

* Si oui, joindre la liste des salariés / postes concernés

Utilisation de produits chimiques (pour l'activité, l'entretien, le nettoyage...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui avez-vous les FDS (Fiches de données de Sécurité) de ces produits ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre activité est-elle susceptible de générer des poussières, fumées, vapeurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vos salariés peuvent-ils être exposés à un risque infectieux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vos salariés sont-ils exposés au risque routier ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Equipements de Protection Individuelle mis à la disposition du personnel :

Casque <input type="checkbox"/>	Gants <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>
Chaussures de sécurité <input type="checkbox"/>	Protection auditive <input type="checkbox"/>	Protection respiratoire <input type="checkbox"/>
Vêtements de travail <input type="checkbox"/>		

Avez-vous une trousse de premiers secours dans l'entreprise ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des secouristes dans l'entreprise ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Avec nos remerciements

Rédacteur du document :

Nom

Prénom

Date

Signature