

Volet A : à compléter par l'utilisateur

- Coordonnées de l'entreprise** BCE / N° d'entreprise :

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Nom et tél. personne de contact : _____

Service externe PPT : _____
- Poste de travail - fonction** Numéro interne : Date d'émission :

Titre de la fonction à remplir : _____

Tâches à exercer : _____

Qualification et conditions professionnelles exigées : _____

Localisation du travail : _____

Equipements de travail à utiliser : _____

Instructions préalables : _____

Formations à prévoir : _____

Étudiants travailleurs autorisés
- Vêtements de travail et équipements de protection individuelle** (+ indiquer le type de protection)

<input type="checkbox"/> Blouse :	<input type="checkbox"/> Masque :
<input type="checkbox"/> Casque :	<input type="checkbox"/> Pantalon - salopette :
<input type="checkbox"/> Ceintures – harnais de sécurité :	<input type="checkbox"/> Pommades :
<input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité :	<input type="checkbox"/> Protections auditives :
<input type="checkbox"/> Équipement spécifique :	<input type="checkbox"/> Veste :
<input type="checkbox"/> Gants - moufles :	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Lunettes – écran de protection :	
- Surveillance de santé obligatoire** oui non

Vaccinations/test¹ Tétanos Tuberculose Hépatite B Autres:

Risque pour la santé Poste de sécurité Jeunes

Poste de vigilance Activité à risques définis (voir ci-dessous)

Détails : risques définis	NOM	CODE ²
→ <input type="checkbox"/> Agents chimiques		
→ <input type="checkbox"/> Agents biologiques		
→ <input type="checkbox"/> Agents physiques	<input type="checkbox"/> bruit <input type="checkbox"/> température <input type="checkbox"/> vibrations <input type="checkbox"/>	

1 La surveillance de santé pour l'activité avec denrées alimentaires est supprimée à partir du 1 janvier 2016. Une attestation de santé du médecin traitant est suffisante. Voir CIN 2015 01 Agents biologiques

2 Utiliser les codes comme prévu dans l'AM du 9 juin 2010 « Rapport annuel des services externes de prévention et de protection au travail ».

Détails : risques définis	NOM	CODE ²
<p>→ <input type="checkbox"/> Contraintes</p> <p><input type="checkbox"/> contraintes ergonomiques <input type="checkbox"/> manutention de charge <input type="checkbox"/> travail de nuit / posté <input type="checkbox"/></p>		
<p>→ <input type="checkbox"/> Charges psychosociales</p> <p><input type="checkbox"/></p>		

5. **Mesures liées à la protection de la maternité** oui non

Travailleuse enceinte : aménagement du poste de travail :

écartement à partir de :

Travailleuse allaitante : aménagement du poste de travail :

écartement pour une période de :

6. **Dates de l'avis**

Date de l'avis du comité de la délégation syndicale de la participation directe des travailleurs :

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. **Coordonnées de l'entreprise**

Nom de l'agence d'intérim :

Adresse :

Nom et tél. personne de contact:

Service externe PPT :

8. **Intérimaire** N° de registre national :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Tél. :

Formations acquises :

Expérience :

Date de remise d'une copie commentée à l'intérimaire :

Volet C : à compléter par l'utilisateur – accueil

9. **Réalisation de l'accueil** oui non

A compléter uniquement si la FPT est utilisée comme document d'enregistrement de l'accueil par l'utilisateur.

Nom responsable accueil :

Fonction responsable accueil:

Signature :

Période de l'accueil :