

Fiche de liaison : mise à disposition de personnel intérimaire

<p>Entreprise Utilisatrice</p> <p style="text-align: center;"><i>Raison sociale :</i></p> <p>Adresse :</p> <p>Tel : Fax :</p> <p>Mail :</p> <p style="text-align: center;"><i>Demandeur :</i></p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Coordonnées (tel, fax, mail) :</p> <p style="text-align: center;"><i>Service de santé au travail :</i></p> <p>Raison sociale :</p> <p>Adresse :</p> <p>Nom du médecin du travail :</p> <p>Tel : Fax :</p> <p>Mail :</p> <p style="text-align: center;"><i>Renseignements sur le poste</i></p> <p>Poste à occuper :</p> <p>Qualification recherchée :</p> <p>Date de début de la mission et durée prévisible :</p> <p>Adresse du lieu de travail :</p> <p>Horaires de travail :</p> <p>Posté : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Nuit : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Principales tâches à effectuer :</p> <p>Lieu d'accueil du nouvel embauché (bureaux, atelier, chantier...):</p> <p>Nom de la personne chargée de l'accueil et de la formation générale :</p>	<p style="text-align: center;">Risques au poste de travail</p> <p>Risques d'accidents et/ou de maladies professionnelles au poste de travail (voir document unique d'évaluation des risques)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chute de hauteur</td> <td><input type="checkbox"/> Chute de plain pied</td> <td><input type="checkbox"/> Bruit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manutentions manuelles</td> <td><input type="checkbox"/> Manutentions mécaniques</td> <td><input type="checkbox"/> Routier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incendie explosion</td> <td><input type="checkbox"/> Machine</td> <td><input type="checkbox"/> Produits chimiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambiance froide</td> <td><input type="checkbox"/> Electricité</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambiance chaude</td> <td><input type="checkbox"/> Vibration</td> <td></td> </tr> </table> <p>autres :</p> <p>Nom de la personne chargée de la formation au poste de travail (tâches, risques et sécurité) :</p> <p>Poste inscrit sur la liste des postes à risques ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Si oui, nature du/des risques nécessitant une formation renforcée à la sécurité :</p> <p>Poste soumis à Surveillance Médicale Renforcée? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Si oui, laquelle ?</p> <p style="text-align: center;">Formation obligatoire au poste de travail</p> <p><u>Engins de Chantier</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Type d'engin :</p> <p>Catégorie de CACES :</p> <p><u>Engins de manutention</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Type d'engin :</p> <p>Catégorie de CACES :</p> <p><u>Engins d'élévation de personnel (PEMP)</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Type d'engin :</p> <p>Catégorie de CACES :</p> <p><u>Conduite de véhicules VL, PL</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Type de véhicule :</p> <p>Catégorie de permis :</p> <p><u>Habilitation électrique</u> : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Niveau requis :</p> <p>Autres formations ? :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Protections individuelles nécessaires au poste (précisez qui les fournit)</th> <th style="text-align: center;">EU</th> <th style="text-align: center;">ETT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chaussures ou bottes de sécurité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Casque de sécurité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gants</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lunettes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Protections auditives</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Protections respiratoires</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tenues/vêtements de travail</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Chute de hauteur	<input type="checkbox"/> Chute de plain pied	<input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Manutentions manuelles	<input type="checkbox"/> Manutentions mécaniques	<input type="checkbox"/> Routier	<input type="checkbox"/> Incendie explosion	<input type="checkbox"/> Machine	<input type="checkbox"/> Produits chimiques	<input type="checkbox"/> Ambiance froide	<input type="checkbox"/> Electricité		<input type="checkbox"/> Ambiance chaude	<input type="checkbox"/> Vibration		Protections individuelles nécessaires au poste (précisez qui les fournit)	EU	ETT	Chaussures ou bottes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casque de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protections auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protections respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenues/vêtements de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chute de hauteur	<input type="checkbox"/> Chute de plain pied	<input type="checkbox"/> Bruit																																									
<input type="checkbox"/> Manutentions manuelles	<input type="checkbox"/> Manutentions mécaniques	<input type="checkbox"/> Routier																																									
<input type="checkbox"/> Incendie explosion	<input type="checkbox"/> Machine	<input type="checkbox"/> Produits chimiques																																									
<input type="checkbox"/> Ambiance froide	<input type="checkbox"/> Electricité																																										
<input type="checkbox"/> Ambiance chaude	<input type="checkbox"/> Vibration																																										
Protections individuelles nécessaires au poste (précisez qui les fournit)	EU	ETT																																									
Chaussures ou bottes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Casque de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Protections auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Protections respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Tenues/vêtements de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									

<p style="text-align: center;">Entreprise de Travail Temporaire (ETT)</p> <p>Raison sociale :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél : Fax :</p> <p>Mail :</p> <p>Nom et prénom du correspondant :</p> <p>Coordonnées du médecin du travail :</p> <p>Nom :</p> <p>Tél : Fax :</p> <p>Mail :</p> <p>Nom et adresse du service de santé au travail :</p>	<p style="text-align: center;">PERSONNE PROPOSEE</p> <p>Nom / prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél :</p> <p>Fax :</p> <p>Mail :</p> <p>Qualification :</p> <p>Date de l'aptitude médicale :</p> <p>Date :</p>
--	--

Cette fiche a été réalisée par la DDTEFP 17, la CRAMCO, l'OPPBTP, PRIME et les services de santé au travail de Charente Maritime.

Fiche de liaison téléchargeable sur :

www.cram-centreouest.fr

www.poitoucharentes.travail.gouv.fr

www.santetravail17.com