|  |  |
| --- | --- |
| Numéro ID – FPT : | N° d’entreprise/N° interne/ Date //Codes |
|  |  (BCE / N° d’entreprise1) (N° interne) (Date d’émission2) (Codes3)  |

 Fiche de Poste de Travail Intérimaire

Volet A : À compléter par l’utilisateur

|  |  |
| --- | --- |
| BCE / N° d’entreprise1 :  | 0XXXXXXXXX |

#  Coordonnées de l’entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’entreprise : |  |
| Adresse : |  |
| Nom de la pers. de contact : |  | Tél. : |  | Courriel :  |  |
| Service Externe PPT :  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° interne : | N° interne |  Date d’émission2 : | Date |

#  Poste de travail ou fonction

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de la fonction : |  |
| Tâches à exercer : |  |
| Qualifications et conditions professionnelles exigées : |  |
| Localisation du poste : |  |
| Équipements 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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Blouse / Tablier : | [ ]  Gants – moufles : | [ ]  Protections auditives : |
| [ ]  Casque : | [ ]  Lunettes – écran de protection : | [ ]  Pommades : |
| [ ]  Ceintures/harnais de sécurité : | [ ]  Masque : | [ ]  Veste : |
| [ ]  Chaussures de sécurité :  | [ ]  Pantalon / Salopette : | [ ]  Spécifiques / Autres : |
| e |  |  |

#  Mesures liées à la protection de la maternité [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Travailleuse enceinte | Aménagement de poste de travail :  |  |
| Écartement à partir de :  |  |
| Travailleuse allaitante  | Aménagement de poste de travail :  |  |
| Écartement pour une période de :  |  |

#  Dates des avis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de l’avis :  |  | [ ]  Du comité PPT | [ ]  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 :  |  |

#  Surveillance de la santé obligatoire [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Risques pour la santé | Codes4 | OUI |
| Poste de travail / fonction | Poste de sécuritéPoste de vigilanceJeune de moins de 18 ansTravail de nuitTravail postéTravail de week-end | 125202420252027 | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| Ergonomie | Manutention de charges / Travail monotone et répétitif | 2022 / 2023 | [ ]  |
| Agents BiologiquesVaccinations / Test | TétanosTuberculoseHépatite B | 131213111321 | [ ] [ ] [ ]  |
| Agents physiques | Vibrations corps total | 1207 | [ ]  |
| Bruit | Entre 80dB (A) et 85dB (A)Entre 85dB (A) et 87dB (A)Plus de 87dB (A) | 120312041205 | [ ] [ ] [ ]  |
| Température | FroidChaleur | 12131214 | [ ] [ ]  |
| Agents chimiques | Soudure électrique par points | 112804 | [ ]  |
| Autres risques pour la santé  | ………. | …….. | [ ]  |

Volet B : À compléter par l’entreprise de travail intérimaire

#  Coordonnées de l’entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’agence de travail intérimaire : |  |
| Adresse : |  |
| Nom de la pers. de contact : |  | Tél. : |  | E-mail : |  |
| Service Externe PPT : |  |

|  |
| --- |
|  |

#  Travailleur intérimaire Numéro de registre national :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom : |  |
| Date de naissance : |  | Tél. : |  |
| Formations acquises : |  | Expériences : |  |
| Date de la remise de la copie commentée au travailleur intérimaire : |  |

Volet C : À compléter par l’utilisateur - Accueil

À compléter par l’utilisateur uniquement lorsque la FPT est utilisée comme document d’enregistrement de l’accueil

#  Réalisation de l’accueil [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du responsable de l’accueil : | Fonction du responsable de l’accueil : |
| Signature : | Date et durée de l’accueil : |