|  |  |
| --- | --- |
| 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 sécurité  Poste de vigilance  Jeune de moins de 18 ans  Travail de nuit  Travail posté  Travail de week-end | | | 1  2  5  2024  2025  2027 |  |
| Ergonomie | Manutention de charges / Travail monotone et répétitif | | 2022 / 2023 |  |
| Agents Biologiques  Vaccinations / Test | Tétanos  Tuberculose  Hépatite B | | | 1312  1311  1321 |  |
| Agents physiques | Vibrations corps total | | | 1207 |  |
| Bruit | | Entre 80dB (A) et 85dB (A)  Entre 85dB (A) et 87dB (A)  Plus de 87dB (A) | 1203  1204  1205 |  |
| Température | | Froid  Chaleur | 1213  1214 |  |
| 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 : |