|  |  |
| --- | --- |
| 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. : | … | E-mail : | … |
| 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 :  … |

# 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 :  … |