

*** RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE ***

Code APE :		Raison sociale :					
Activité :		Nombre d'employés :	CDI :	Intérim :	Autres :	Hommes :	
Adresse :			CDD :	Apprentis :		Femmes :	
		Téléphone :					
		Fax :					
		Courriel :					
		Autre :					
Responsable :			Coordonnées :				

Date d'adhésion : / /		Visite effectuée le : / / par	
Interlocuteurs :		Contact dans l'entreprise :	
-		Nom :	
-		Fonction :	
-		Coordonnées :	
-			
Médecin du travail : Dr			

*** RENSEIGNEMENTS GENERAUX ***

<input type="checkbox"/> ADHESION : <input type="checkbox"/> Création d'entreprise <input type="checkbox"/> Déménagement → (précisez l'ancien SST et médecin du travail)	Responsable sécurité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non →	Remarques :
	Délégués du personnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
CHSCT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Secouristes (SST)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Document unique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> SUIVI D'ADHERENT	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

*** TYPES DE POSTES ***

Dénomination	Nbre de salariés	Risques présents

*** INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ***

*** RISQUES ***

Risques physiques	<input type="checkbox"/> Mécanique : <input type="checkbox"/> Bruit : <input type="checkbox"/> Eclairage : <input type="checkbox"/> Rayonnements (<i>précisez</i>) : <input type="checkbox"/> Autres :		
Risques chimiques	Présence de produits (<i>pictogrammes oranges sur les étiquettes</i>) : <input type="checkbox"/> Xi - <input type="checkbox"/> Xn - <input type="checkbox"/> C - <input type="checkbox"/> T - <input type="checkbox"/> T+ - <input type="checkbox"/> CMR → (<i>principaux produits</i>) : Process : Risque : <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Contact (cutané/oculaire) <input type="checkbox"/> Ingestion Possédez-vous les Fiches de Données de Sécurité (FDS) de tous vos produits ? Autre : <input type="checkbox"/> Oui → les transmettre au Médecin du Travail <input type="checkbox"/> Non → les demander à vos fournisseurs (gratuit) et les transmettre au Médecin du Travail		
Risques biologiques	<input type="checkbox"/> Agroalimentaire : <input type="checkbox"/> Animaux : <input type="checkbox"/> Déchets : <input type="checkbox"/> Autres (médical, ...) :		
Incendie / Explosion	Présence de produits (<i>pictogrammes oranges sur les étiquettes</i>) : <input type="checkbox"/> F - <input type="checkbox"/> F+ - <input type="checkbox"/> O - <input type="checkbox"/> E → (<i>principaux produits</i>) : Autres :		
Organisation	Horaires de travail : → <input type="checkbox"/> horaires décalés - <input type="checkbox"/> Travail de nuit - <input type="checkbox"/> Autres : Autres facteurs : <input type="checkbox"/> Déplacements fréquents <input type="checkbox"/> Contact avec le public <input type="checkbox"/> Co-activité fréquente <input type="checkbox"/> Travail isolé <input type="checkbox"/> Astreinte <input type="checkbox"/> Autres :		
Autres risques	<input type="checkbox"/> Risque électrique <input type="checkbox"/> Risques liés à la manutention <input type="checkbox"/> Risques liés aux postures de travail <input type="checkbox"/> Autres : - - - - - - - - - - - -		
Protections	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align:top;"> Equipements de Protection Collective (EPC) Exemples : aspirations, armoires de sécurité, ... - - - - - - </td> <td style="width:50%; vertical-align:top;"> Equipements de Protection Individuelle (EPI) Exemples : gants, masques, lunettes, ... - - - - - - </td> </tr> </table>	Equipements de Protection Collective (EPC) Exemples : aspirations, armoires de sécurité, ... - - - - - -	Equipements de Protection Individuelle (EPI) Exemples : gants, masques, lunettes, ... - - - - - -
Equipements de Protection Collective (EPC) Exemples : aspirations, armoires de sécurité, ... - - - - - -	Equipements de Protection Individuelle (EPI) Exemples : gants, masques, lunettes, ... - - - - - -		

Documents remis à l'adhérent :

- Présentation du service
- Guide de repérage des risques
-

Documents à fournir à la METRAZIF :

-
-
-

*** Divers / Remarques ***

Un problème pour remplir cette fiche ? Pensez à nous faire remonter vos difficultés !

Fait par : (Nom / Prénom et Fonction)	Date : / /	Visa :
---	----------------------	---------------