

Annexe

MODELE DE FICHE D'ENTREPRISE

En application des dispositions des articles 05 et 34 du Décret n° 2000-1985 du 12 septembre 2000

portant organisation et fonctionnement des services médicaux du travail

Date d'établissement de la fiche : Par le médecin du travail :

Date de la dernière mise à jour de la fiche : Par le médecin du travail :

1- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Raison sociale:.....

Numéro d'affiliation à la caisse nationale.....

Adresse:.....

.....Code postal:.....

Téléphone:..... Fax:.....

E-mail:.....

Date de création:.....

Nature d'activité:

- Activité principale:.....

- Activité(s) secondaire(s):.....

Convention collective à laquelle l'entreprise est soumise:.....

Statut particulier du personnel:.....

Nom et prénom du représentant juridique de l'entreprise:

..... Carte d'identité nationale (ou pièce d'identité) n°..... délivré le:..... à:.....

2 - STRUCTURES DE PREVENTION DE L'ENTREPRISE

Service de médecine du travail

- Service de médecine du travail propre à l'entreprise Groupement de médecine du travail

Responsable de la sécurité au travail

- Nom et prénom:.....

- Qualifications:.....

- Exerce à plein temps Exerce en sus de son travail principal

Comité de santé et de sécurité au travail (CSST) oui non

- Membres du comité :.....

Représentant(s) des travailleurs (à défaut du CSST) oui non

- Nom(s) et qualifications:.....

3-HORAIRE DU TRAVAIL ET EFFECTIF

3-1 REGIME DU TRAVAIL

Régime du travail	Nombre des travailleurs
Travail à séance unique : de.....à.....	
Travail à double séance : deà..... de..... à.....	
Travail de nuit : de.....à.....	
Total	

3-2 CATEGORIES DES TRAVAILLEURS

Catégorie Sexe	Cadre administratif		cadre technique		Agent d'exécution		Total
	Permanent	Non permanent	Permanent	Non permanent	Permanent	Non permanent	
Hommes							
Femmes							
Total général							

3-3 AUTRES TRAVAILLEURS APPARTENANT AUX ENTREPRISE(S) DE SOUS -TRAITANCE

Entreprise de sous-traitance	Personnel administratif	Personnel technique et d'exécution	Total
	total général		

3-4 TRAVAILLEURS BENEFICIANT D'UNE SURVEILLANCE MEDICALE SPECIALE

Nombre des travailleurs En raison de	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance
Age inférieur à 18 ans		
Grossesse ou allaitement		
Handicap		
Maladie chronique		
Travaux particuliers exposant aux risques d'accidents de travail		
Travaux exposant aux risques des maladies professionnelles		
Total		

4-RISQUES PROFESSIONNELS EXISTANTS DANS LES LIEUX DU TRAVAIL

4- 1 RISQUES PHYSIQUES

Nombre des travailleurs exposés Exposition aux risques dus :	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance	Total des travailleurs
A la chaleur			
Au froid			
A l'humidité			
Au bruit			
A la lumière			
Aux rayonnements ultraviolets			
Aux rayonnements infrarouges			
Aux rayonnements ionisants			
Aux rayonnements laser			
Aux vibrations			
Au milieu hyperbare			
Autres :			

4-2 RISQUES CHIMIQUES

Exposition à un produit	Nombre des travailleurs exposés	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance	Total
Explosif				
Comburant				
Inflammable				
Toxique				
Nocif				
Corrosif				
Irritant				
Sensibilisant				
Cancérogène				
Mutagène				
Tératogène				
Dangereux pour l'environnement				

4-3 RISQUES BIOLOGIQUES

Exposition aux risques biologiques	Nombre des travailleurs exposés	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance	Total

4-4 CONTRAINTES LIEES AUX EXIGENCES DU TRAVAIL

Nombre des travailleurs concernés Contraintes dues	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance	Total
Aux mauvaises postures			
A la charge physique			
A la charge mentale			
Au travail sur écran			
Autres :.....			

4-5 RISQUES D'ACCIDENTS DE TRAVAIL

Nombre des travailleurs concernés Cause	Appartenant à l'entreprise	Appartenant aux entreprises de sous-traitance	Total
Utilisation de machines ou d'outils dangereux			
Utilisation d'engins mobiles ou de moyens de levage			
Risque électrique			
Risque d'incendie			
Risque d'explosion			
Risque de chute (de hauteur, d'objets,...)			
Risque de collision ou d'écrasement			
Autres			

5-CONDITIONS GENERALES D'HYGIENE

5-1 EQUIPEMENTS SOCIAUX

Réfectoire	Buvette	Restaurant	Salle de repos	Salle d'allaitement
oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

5-2 INSTALLATIONS SANITAIRES

Installations	Vestiaires	Douches	Toilettes
Nombre

5-3 HYGIENE DES LIEUX DU TRAVAIL

5-3-1 Aération (préciser les lieux concernés)

- Aération naturelle:

.....

- Aération artificielle :

▪ Ventilation mécanique:.....

.....

▪ Aspiration des polluants:

.....

.....

5-3-2 Chauffage et climatisation (préciser les lieux concernés)

.....

.....

5-3-3 Protection contre les bruits nocifs (préciser les moyens utilisés et les lieux concernés).....

.....

.....

5-3-4 Protection contre les vibrations (préciser les moyens utilisés et les lieux concernés)

.....

.....

5-3-5 Protection contre les rayonnements (ionisants et non ionisants)

.....

.....

5-3-6 Autres mesures d'hygiène (à préciser)

.....

.....

5-4 Protection du milieu et de l'environnement (préciser les moyens utilisés et les lieux

Concernés)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 - ACTIONS DE PREVENTION

6- 1-ECHANTILLONNAGES ET MESURAGES EFFECTUES

Nature, mesures et analyses des échantillons	Effectuées par	Résultats	Date
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6-4 MOYENS ET MESURES DE PREVENTION TECHNIQUE

6-4-1 Au niveau collectif

Nature du risque	Moyens et mesures prises	Effectués par	Périodicité de maintenance
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6-4-2 Au niveau individuel : Equipements de protection individuelle (EPI)

Nature du risque	Equipements de protection individuelle	Périodicité du nettoyage des EPI	Périodicité du renouvellement des EPI
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7- INFORMATION ET FORMATION EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

	Thème	Structure ou personne intervenante	Dates
Réunions de groupe			
Journée d'entreprise			
Journée sectorielle			
Séance de formation			
Autre manifestation			

8- SECOURISME

8-1 ORGANISATION DES SECOURS ET MOYENS D'EVACUATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8-2 FORMATION ET RECYCLAGE EN SAUVETAGE ET EN SECOURISME

Date de la formation ou du recyclage	Durée de la formation ou du recyclage	Structure ou personne chargée de la formation	Nombre de salariés formés	Nombre de salariés recyclés

*Nom, prénom et signature
du médecin du travail*

*Nom, prénom et signature
du responsable de sécurité*

*Nom, prénom et signature
du chef de l'entreprise*