

Nature- agronomie – bio chimie

1. A COMPLETER PAR L'INSTITUT / ENTREPRISE

Institut/Entreprise :

Adresse :

N° matricule :

Activité(s) du stage:

- o Stagiaire occupé à une fonction de sécurité (o) de vigilance (o)
- o Usage d'écran de visualisation
- o Manutention de charges lourdes
- o Exposition à des agents chimiques et biologiques
- o Exposition à des agents physiques :
 - o Bruit plus de 85 dBA
 - o Air comprimé
 - o Autre (à préciser)
- o Exposition à des substances qui risquent de provoquer des affections cutanées :
 - o Huiles minérales
 - o Acides, alcools, ferments
 - o Agents chimiques
- o Exposition à des substances qui risquent de provoquer des affectations pulmonaires :
 - o Poussières
 - o Poussières de silicates
 - o Produits chimiques (à préciser)

Quels vêtements de travail/équipements de protection individuelle sont-ils portés ?

- o Salopette/tablier de laboratoire
- o Gants
- o Protection respiratoire (masque)
- o Calot de laboratoire

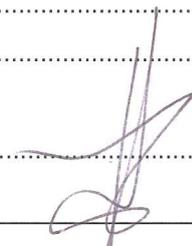
La Direction

Date :

Signature :

2. A compléter par M. HUMBLET, Conseiller en prévention de la Province de Liège

- o Mesures de prévention à appliquer : MESURES DE PREVENTIONS ELEMENTAIRES DE "BON PERE DE FAMILLE"
.....
- o Obligations du stagiaire concernant les risques inhérents à l'activité :
- o Autres (à préciser) :

Signature : 

3. A compléter par le médecin du travail du SPMT

Si risque potentiel :

- Nécessité de vaccinations, d'examens complémentaires, ... : OUI / NON (*) [à préciser]
.....
- Dérogation éventuelle d'examen médical pour stagiaire mineur : OUI / NON (*)
- Décision finale quant à la nécessité d'une surveillance de santé : OUI / NON (*)
(*) : biffer la mention inutile

Le médecin du travail **Dr J.C. LONEUX**

Nom - Prénom : **O.M.Lg. 3555** 12.....

Signature : 

Nom - Prénom du stagiaire :

Numéro national :

Ecole fréquentée :