|  |  |
| --- | --- |
| 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

|  |
| --- |
| N'énumérez que les risques pour la santé pertinents (et leurs codes) auxquels le travailleur intérimaire peut être exposé. Demandez l'avis de votre médecin du travail. Retrouvez en la liste complète sur www.fichepostedetravail.be |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risques pour la santé** | **Codes** | **OUI** |
| … |  | **🞏** |
| … |  | **🞏** |
| … |  | **…** |



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 :  … |