

## Fiche d'accueil sécurité du nouvel arrivant

*Cette fiche doit être remplie avant l'affectation au poste de travail du nouvel agent.*

*Elle atteste que l'information à la prévention des risques professionnels et à la sécurité a bien été dispensée.*

Je soussigné.e, « **Prénom NOM du nouvel agent** », employé.e par « **Collectivité** » en qualité de « **Métier** », à partir du \_\_/\_\_/\_\_\_\_, certifie avoir reçu une formation pratique et appropriée en matière d'hygiène et de sécurité, dispensée en interne par « **Prénom NOM du chargé d'accueil** » le \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### RECEPTION DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE :

	Vêtements de travail	Vêtements Haute Visibilité	Casque de chantier	Protection du visage	Protection respiratoire	Protection anti-bruit	Gants	Chaussures ou bottes de sécurité
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détail								

**Autres équipements (à préciser le cas échéant) :**

### INFORMATION(S) RECUE(S) :

Politique de prévention de la collectivité	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Règlement intérieur (partie hygiène et sécurité)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Procédure de déclaration d'accident de service et de maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rôle et missions de l'Assistant et/ou Conseiller de prévention	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rôle et missions du Médecin du travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rôle et missions de l'Agent chargé de la fonction d'inspection (ACFI)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rôle et missions du Comité Social Territorial et de sa Formation Spécialisée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Document Unique d'évaluation des risques de l'unité de travail intégrée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Registre de santé et sécurité au travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Registre de signalement de danger grave et imminent (droit d'alerte et de retrait)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conduite à tenir en cas d'accident (secouriste, trousse de secours, défibrillateur...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conduite à tenir en cas d'incendie (issues de secours, point de rassemblement...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**FORMATION(S) SECURITE SUIVIE(S) AVANT L'ARRIVEE DANS LA COLLECTIVITE :**

- Risques électriques

Habilitation : OUI  NON

Type(s) d'habilitation :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Attestation fournie : OUI  NON

- Premiers secours

SST : OUI  NON

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Attestation fournie : OUI  NON

PSC1 : OUI  NON

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Attestation fournie : OUI  NON

Autre(s) :

- Conduite d'engins

CACES : OUI  NON

Type(s) de CACES :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Attestation fournie : OUI  NON

Autre(s) :

- Manipulation des extincteurs, incendie

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Attestation fournie : OUI  NON

**AUTRE(S) FORMATION(S) SUIVIE(S) :**

(PRAP, travail en hauteur, échafaudage, produits chimiques, certiphyto, bruit, AIPR, HACCP...)

**N.B: Ces formations ne dispensent nullement la collectivité d'accueil de délivrer les autorisations nécessaires**

**DOCUMENT(S) REMI(S) : (à préciser ceux retenus)**

.....

.....

.....

.....

**ACCOMPAGNEMENT TUTEUR :**

Tuteur (Prénom NOM, Fonction) :

Durée / Période :

Signature du tuteur :

Le(s) chargé(s) d'accueil sécurité	L'agent
Prénom NOM :	Prénom NOM :
Fonction :	Fonction :
Date :	Date :
Signature(s) :	Signature :