

Élève

Nom

Prénom

Période de formation en entreprise

Du

au

Diplôme et spécialité

Etablissement scolaire

Entreprise d'accueil

2 Activités de travail

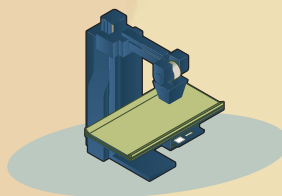
À titre d'exemple :

- ▶ Au cours de l'activité professionnelle :
on utilise électricité, produits chimiques, outils tranchants, machines outils...
on transporte des poids plus ou moins importants
on travaille parfois dans des ateliers bruyants, mal éclairés...
- ▶ Tous ces éléments peuvent, dans des circonstances particulières, être source de risques

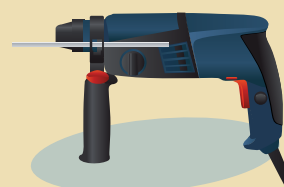
Dans l'activité de travail, on utilise :



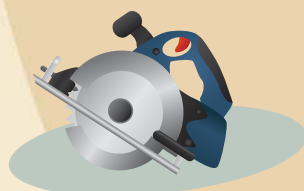
- **les outils à main :**
scie, marteau, tournevis,
sécauteur, couteau, cutter.....



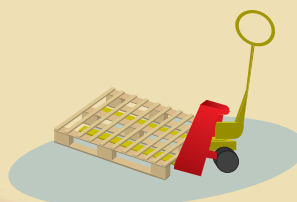
- **les machines outils :**
tour, plieuse, toupie.....



- **les outils électroportatifs :**
perceuse, scie sauteuse,
batteur de cuisine, sèche
cheveux, pistolet à colle....



- **des équipements de travail
à moteur thermique :**
débroussailleuse,
tronçonneuse, compresseur,
disqueuse



- **les autres appareils
électriques :**
aspirateur, transpalette.....

Des infos sur le web

Pour en savoir plus en quelques clics : www.inrs.fr

Pour les **dossiers web** : rubrique « se documenter » puis « dossiers web »

Pour les autres **documents** : fenêtre « recherche simple »

Dossier : l'hygiène et la sécurité en bandes dessinées

Dossier : protection individuelle

J'analyse mon activité de travail

J'indique l'activité principale de l'entreprise :

Je coche les **dommages** et les **risques** principaux liés à cette activité :

	Oui	Non	Commentaires
Exemple : coupure (Dommage)	X	<input type="checkbox"/>	Cutter pour ouvrir les cartons
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blessure sur machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chutes (Risques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incendie/explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contact avec pièce sous tension électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Projections (de peinture, de copeaux, de particules....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je complète le tableau concernant mon environnement de travail :

Je travaille dans un environnement où il y a :	Oui	Non	En continu	De quelle nature ?
Exemple : froid	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passage dans la chambre froide pour chercher la marchandise
Des poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Du bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des vapeurs, des fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je cite les activités que je réalise pendant ma PFE :

Je complète le tableau suivant :



J'utilise :	Lesquels ?	Pour quoi faire ?
Exemple : des outils à main	Tournevis, marteau, pince	Pour fixer une charnière de porte
Des outils à main		
Des machines outils		
Des outils électroportatifs		
Du matériel de manutention		
Des produits chimiques		
Un ordinateur		
Le téléphone		

J'indique l'activité que je fais le plus souvent :

Lorsque je réalise cette activité :

	Oui	Non	Commentaires
Je travaille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je travaille avec mon tuteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je travaille avec une équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de personnes : Métier de ces personnes :
J'effectue des gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel geste : A quelle fréquence :

Je note 2 consignes de sécurité qui m'ont été données avant de faire cette activité :

consigne 1 :

--

consigne 2 :

--

Je cite 2 tâches que j'ai faites pour remettre le poste de travail en état :

Tâche 1 :

--

Tâche 2 :

--

Pendant ma PFE, j'utilise des protections individuelles (EPI) :



Quelles EPI ?	Oui	Non	Pour quelle tâche ?	En continu	De temps en temps	Pour protéger de quel risque ?
Exemple : Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour meuler		XXX	Projection de particules
Bouchons d'oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Un casque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Un masque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Des gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Des bottes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Un harnais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Autre à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Nom tuteur

Signature / tampon

Observations