

DEMANDE D'AUTORISATION POUR TRAVAILLER EN SITUATION D'ISOLEMENT

ANALYSE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : Prénom : Qualité du demandeur : <input type="checkbox"/> Statutaire <input type="checkbox"/> Etudiant / Thésard <input type="checkbox"/> Autre, à préciser.....	Nom du responsable d'équipe : Pour les étudiants, nom de l'encadrant :
---	---

CONDITIONS D'ISOLEMENT

- Heures ouvrables
- Hors horaires d'ouverture / jours fériés
- Missions
- Hors site

LOCALISATION DU POSTE DE TRAVAIL

- Bureau n°
- Pièce, labo n°
- autre (à préciser) :

S'agit-il d'un travail occasionnel : oui non

Si oui, Date : Plage horaire :	Si non, Période d'intervention : du/...../..... au/...../..... Dates d'intervention: Plage horaire :
--------------------------------------	---

MOYENS DE COMMUNICATION EXISTANTS VERS L'EXTERIEUR

Téléphone <input type="checkbox"/> Oui - n° de poste : <input type="checkbox"/> Non	Autres :
--	----------------

TRAVAIL A EFFECTUER

- Entretien
- Démarrage d'expérimentation - Justification :
- Suivi expérimentation
- Travail de bureau
- Autres :

RISQUES SPECIFIQUES LIES À DES SUBSTANCES ET INSTALLATIONS DANGEREUSES OUI NON

SI OUI, NATURE DES RISQUES IDENTIFIES ET MOYENS DE PREVENTION MIS EN ŒUVRE

NATURE DES RISQUES	PRODUITS ET EQUIPEMENTS UTILISES	DANGER (inflammable, toxique, pathogène ...)	ZONE A ACCES RESTREINT (zone surveillée, animalerie ...)	MOYENS DE PREVENTION EXISTANTS (dispositifs de sécurité, alarmes techniques..)
<input type="checkbox"/> Biologique				
<input type="checkbox"/> Chimique				
<input type="checkbox"/> Rayonnements non ionisants (<i>lasers, champs magnétiques</i>)				
<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants (<i>R.X., sources radioactives</i>)				
<input type="checkbox"/> Electrique				
<input type="checkbox"/> Mécanique				
<input type="checkbox"/> Autres (<i>noyade,, travail en hauteur, agressions...</i>)				

ORGANISATION GENERALE DE LA SECURITE AU LABORATOIRE

- Affichage des consignes générales
- Affichage des consignes particulières au poste de travail (fiche manipulation, procédures...)
- Signalement au poste de garde ou de sécurité ou de télésurveillance (localisation et durée de présence)

- Personne du laboratoire à contacter en cas de nécessité :
NOM : TEL :

- Autres mesures
.....
.....
.....

NIVEAU DE MAITRISE DE L'ACTIVITE ET DES RISQUES ASSOCIES

- Formation générale à la sécurité dans les laboratoires
- Connaissance des conduites à tenir en cas d'accident - incident
- Formation spécifique à la sécurité au poste de travail :
à préciser :

- Ancienneté dans le laboratoire : (en mois ou en années) :

Avis d'appréciation sur le niveau de maîtrise par le responsable d'équipe ou l'encadrant

.....
.....
.....

Date :

Signature :

Date de la demande :

Signature du demandeur :

DECISION

- Accord Refus

- Accord sous condition:
 - Présence d'un membre du laboratoire :
NOM : TEL :
 - Autre:
- Renvoi pour demande de précisions complémentaires au :
 - Demandeur Encadrant
 - Responsable d'équipe Autre : à préciser :
 - ACMO
- Nature de l'information recherchée :
.....
- Date : Signature du Directeur d'unité ou de son délégataire :

** Définition du travail isolé :*

"Toute personne qui travaille en dehors des heures ouvrables est considérée comme travailleur isolé et ce, quelque soit la nature et la durée de l'activité. De même, toute personne est considérée comme travailleur isolé lorsqu'elle est hors de vue ou hors de portée de voix des autres pour une période de plus d'une heure quelque soit le lieu de travail. Cependant, pour des travaux dangereux, la notion de travailleur seul doit s'entendre pour des périodes de quelques minutes."