Nom, prénom : ………………………………………………………………………………………………………

Statut : ……………………………………………………………………………………………………………….

Durée du contrat : du ………/………/………. au …..…../…….…../………..

Equipe/service d’affectation : ………………………………………………………………………………………..

Bureau n°……………………… Laboratoires n°…………………………………...

Tél…………………………………………… Mail : ……………………………………………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable ou personnel encadrant : Nom :** ………………………… | **Le**: ………....  **Visa :** | |
| **Points abordés** |
| 1. Responsabilité de l’agent | | 🞎 |
| 1. Horaires de travail / Travail isolé | | 🞎 |
| 1. Règles de vie au laboratoire (rangement, comportement ...) | | 🞎 |
| 1. Les risques spécifiques liés à l’activité | |  |
| 1. Visite du laboratoire et du poste de travail | | 🞎 |
| 1. Règlement intérieur ***(disponible intranet ICCF)*** | | 🞎 |
| 1. Fiche accueil ***(disponible intranet ICCF)*** | | 🞎 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation en Hygiène/sécurité : Nom** ……………………………… | **Le**: ………....  **Visa :** | |
| **Points abordés** |
| 1. Organisation de la sécurité & Mission du service Prévention des Risques | | 🞎 |
| 1. Point sur les « Consignes de sécurité de l’ICCF » | | 🞎 |
| 1. Identification et information sur les risques présents au laboratoire | | 🞎 |
| 1. Conduite à tenir en cas d’accident ou d’incendie | | 🞎 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assistant ou Assistante de Prévention** ……………………………… | **Le**: ………....  **Visa :** | |
| **Points abordés** |
| 1. Localisation des moyens de secours et d’alerte | | 🞎 |
| 1. Les risques spécifiques liés à l’activité | | 🞎 |
| 1. Les bonnes pratiques de laboratoires applicables | | 🞎 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Secrétariat ICCF** ………………………………………………………… | **Le**: ………....  **Visa :** | |
| **Documents remis** |
| 1. **Badge d’accès n°** | | 🞎 |
| 1. Cahier de labo n**° (A rendre à votre responsable)** | | 🞎 |
| 1. Règlement intérieur (**rendre la page 19 signée)** | | 🞎 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Correspondant Environnement | Risque  Chimique | Risque  Biologique | RMN | Risque  Laser | Rayonnements  Ionisants | Autres : |
| **Risques spécifiques d’exposition** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Signature du référent** |  |  |  |  |  |  |  |

**Date :** ....... / ....... / .............. **Signature du personnel entrant**