**NOM DE LA COLLECTIVITÉ**

**ACCUEIL SÉCURITÉ**

# NOM – Prenom de l’agent :

Service :

Poste :

Statut :

### informations données :

* Présentation de la collectivité et des équipes
* Organisation des services / organigramme et contacts
* Mise en relation avec le service RH / questions RH
* Fiche de poste
* Horaires de travail / planning
* Règlement intérieur
* Livret d’accueil
* Visite des sites + vestiaires / sanitaires / salle de pause
* Consignes particulières en fonction des sites
* Accès et issus de secours
* Conduite à tenir en cas d’accident
* Conduite à tenir en cas d’incendie
* Trousses de secours (lieu) et noms des secouristes
* Présentation du Document Unique et des risques liés au poste
* Equipement de protection collective sur le poste
* Equipement de protection individuelle sur le poste
* Coordonnées de l’assistant de prévention
* Registre santé sécurité au travail (lieu + présentation)
* Registre danger graves et imminents (lieu + présentation)

Autres informations : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

### equipements de protection individuelle :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liste des équipements remis :**  | **Pour quelle tâche :**  | **Date :**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### formations :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de formation**  | **O/N** | **Date :** | **Organisme :**  |
| Habilitation électrique :  |  |  |  |
| Conduite d’engins :  |  |  |  |
| Incendie :  |  |  |  |
| Secourisme :  |  |  |  |
| Autres :  |  |  |  |

### Suivi medecine du travail :

Date de la visite médicale :

Par :

Avis et préconisations : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### Personne à contacter en cas d’urgence

Prénom Nom :

Lien avec l’agent :

Téléphone :

Courriel :

**LE RESPONSABLE DE L’ACCUEIL** **L’AGENT**

(Personne ayant effectué l'accueil de l'agent)

Nom : Nom :

Date : Date :

Signature : Signature :