

Formulaire de visite en entreprise

Garages et ateliers de réparation automobile

Cachet du service de santé au travail	Entreprise : _____
	Adresse : _____ _____
	Nom et coordonnées du contact : _____ _____

Médecin du travail : _____

Visite réalisée par : _____ le : ____/____/____

Informations générales

Nombre de salariés : /_____/ Nombre en CDI : /_____/

Nombre de salariés d'entreprise de travail temporaire : /_____/ Accueil d'apprentis : NON OUI

Nombre de personnes	Poste occupé	Horaires	Formation gestes et postures		Informations sur les risques chimiques des produits utilisés		Vaccinations
			NON	OUI	NON	OUI	
			NON	OUI	NON	OUI	
			NON	OUI	NON	OUI	
			NON	OUI	NON	OUI	
			NON	OUI	NON	OUI	
			NON	OUI	NON	OUI	

Espace de travail

Surface du local : _____ m² Nombre de pièces : /_____/

Propres : NON OUI Fréquence de nettoyage : _____

Aspect général des locaux

Type de nettoyage : Aspirateur Balayage à sec Nettoyage humide

Qui effectue le nettoyage ? : _____

Le local paraît-il encombré ? : NON OUI Notes : _____

Hygiène collective et individuelle

Vestiaires : NON OUI Installés dans un local indépendant : NON OUI

Possibilité de séparer les vêtements de travail des vêtements de ville : NON OUI

Vêtements de travail Possèdent-ils des manches longues ? : NON OUI

Où sont nettoyés les vêtements de travail ? : _____

Fiche de renseignements sur les types de salissures : NON OUI

Port de chaussures de sécurité : NON OUI

Lavabos : Combien : / _____ / Sont-ils à proximité des postes de travail ? : NON OUI

Hygiène Savon étiqueté aux normes NF T73-101 ou NF T73-102 : NON OUI

Type d'essuie-mains : _____ Brosage des ongles : NON OUI

Utilisation de crème : Protectrice Barrière Note : _____

Présence de : Douches Toilettes Salle de restauration

Qui effectue le nettoyage de ces locaux (Vestiaires, lavabos, douches, toilettes, salle de restauration...) ? : _____

Diagnostic amiante

L'obligation de réaliser le repérage étendu et de constituer le dossier technique amiante (DTA) s'impose à tous les immeubles bâtis dont le permis de construire a été délivré avant le 1^{er} juillet 1997 qu'ils appartiennent à des personnes privées ou publiques, à l'exception des maisons individuelles et des parties privatives d'immeubles collectifs (Article R 1334-23 du Code de la santé publique).

Etabli en complément du diagnostic amiante, le DTA a pour finalité de rassembler l'ensemble des informations et documents techniques sur la présence d'amiante afin d'assurer l'information des personnes amenées à travailler dans le bâtiment, des acheteurs et des locataires.

Date du permis de construire : après le 1^{er} juillet 1997 avant le 1^{er} juillet 1997 **donc DTA à demander**

Présence d'amiante : NON OUI Commentaires : _____

Ventilation générale des locaux

Ventilation naturelle Nombre d'ouvertures : / _____ / Accessibles : NON OUI

Dans ce cas, le volume par occupant doit être égal ou supérieur à 24 m³ (Art. R4222-5 du code du travail) et les ouvrants donnant directement sur l'extérieur et leurs dispositifs de commande sont accessibles aux occupants (Art. R4222-4 du code du travail)

Ventilation mécanique Débit : / _____ / m³/h Le débit minimal d'air neuf à introduire par occupant est de 60 m³/h (Art. R4222-6 du code du travail)

Etat (Propreté, corrosion...) : _____

Dernière date de vérification : ____/____/____ Entretien régulier : NON OUI

Ambiance thermique générale

Type de chauffage : _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs ci-après : / _____ / °C le ____ / ____ / _____

Faut-il prévoir une campagne de mesures ? : NON OUI

Ambiance sonore

Recenser les machines bruyantes présentes dans l'atelier : _____

Recenser les zones bruyantes présentes dans l'atelier : _____

Renseignements complémentaires

Nom Zone 1 : _____ **Description de la zone :** _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : / _____ / dB le ____ / ____ / _____

Port d'EPI : NON OUI Atténuation moyenne notée sur l'emballage : _____

Nom Zone 2 : _____ **Description de la zone :** _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : / _____ / dB le ____ / ____ / _____

Port d'EPI : NON OUI Atténuation moyenne notée sur l'emballage : _____

Nom Zone 2 : _____ **Description de la zone :** _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : / _____ / dB le ____ / ____ / _____

Port d'EPI : NON OUI Atténuation moyenne notée sur l'emballage : _____

Faut-il prévoir une campagne de mesures ? : NON OUI

Peut-on diminuer certaines sources sonores ? : _____

Ambiance lumineuse

Zone 1 Type d'éclairage : _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : _____ / _____ / lux le ____/____/_____

Zone 2 Type d'éclairage : _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : _____ / _____ / lux le ____/____/_____

Zone 3 Type d'éclairage : _____

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs : _____ / _____ / lux le ____/____/_____

Faut-il prévoir une campagne de mesures ? : NON OUI

Moyens d'éclairage annexes

Baladeuses : NON OUI Combien : /_____/

Conformes à la norme NF EN 60-598-2-8 : NON OUI Noter l'indice IP : /_____/

Projecteurs : NON OUI Combien : /_____/

Conformes à la norme NF EN 60-598-2-5 : NON OUI Noter l'indice IP : /_____/

Eclairage du parking

Electricité

Etat de l'installation générale : _____

Vérification annuelle : NON OUI Dernière date de vérification : ____/____/_____

Mise à la terre des appareils électriques : NON OUI

Prises électriques En nombre suffisant : NON OUI

Protégées par un dispositif différentiel : NON OUI

Etat des câbles prolongateurs : _____

Conformes à la norme H 07 RNF : NON OUI

Transformateur de sécurité conforme à la norme NF EN 61558-2-9 : NON OUI

Risque incendie-explosion

Présence d'extincteurs : NON OUI Combien : /_____/

Accessibilité : _____ Date de la dernière vérification : ____/____/____

Formation au maniement des extincteurs : NON OUI

Exercices d'évacuation : NON OUI Date du dernier exercice : ____/____/____

Où sont stockés les produits inflammables ? : _____

Réserve de sable et pelles : NON OUI

Pollutions accidentelles

Stockage des produits

Local ventilé Armoire spécifique Bacs de rétention

Déchets

Tri sélectif pratiqué (séparation déchets solides /déchets liquides) : NON OUI

Filière spécialisée pour les déchets : NON OUI

Présence d'un débourbeur-déshuileur : NON OUI

Contraintes psychiques

Agressions verbales : NON OUI Fréquence : _____

Organisation du travail Présence d'un(e) réceptionniste : NON OUI

Gestion des pièces détachées : _____

Qui attribue le travail et le temps imparti : _____

Chutes

Chutes de plain-pied : Nombre : /_____/ depuis 1 an Remarques : _____

Chutes de hauteur : Nombre : /_____/ depuis 1 an Remarques : _____

Fosses de visites

Munie d'escaliers Escaliers recouverts de revêtement antidérapant Entourée d'un garde-corps Recouverte en période d'inutilisation

Allées de circulation définies : NON OUI Allées dégagées : NON OUI

Etat du sol Surface antidérapante : NON OUI Trous : NON OUI

Contraintes posturales et manutentions

Manutentions mécaniques

Informations précises reçues sur l'utilisation des appareils de levage : NON OUI

Appareils de levage utilisés

Pour mettre à hauteur le véhicule Ex : Crics, chandelles, colonnes élévatrices, palans...		Pour sortir le moteur, la boîte de vitesse... Ex : Grues d'ateliers	
Nom	Nombre	Nom	Nombre

Travail couché sous le véhicule

Utilisation de : Sommier roulant Autre : _____ Rien

Nombre : /_____/ Nombre : /_____/

Autres moyens de manutentions à disposition

Servantes : NON OUI Nombre : /_____/

Manutention des fûts : _____ Nombre : /_____/

Manutention des pare-brises : _____ Nombre : /_____/

Autres : _____

Machines ou outils spéciaux

Utilisation de : Outillage léger Outillage à vibrations modérées

Présence de : Pont élévateur Transpalette Soufflette Clé à choc

Pistolet à percussion Marteau burineur Equilibreuse de roues Démonte-pneus

Visseuse-dévisseuse Compresseur à air Meule

Chariots automoteurs Autorisation de conduite Mode de fonctionnement (Electrique, GPL...) : _____

Quels types de fluides sous pression sont utilisés ? : _____

Etat et entretien du matériel : _____

Accidents du travail / Maladies professionnelles

Accidents du travail : NON OUI

Maladies professionnelles : NON OUI

Si réponse OUI à l'une ou l'autre des lignes, reporter les informations complémentaires ci-dessous

Accidents du travail

Date	Nature	Avec arrêt	Durée	Date de reprise
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				

Maladies professionnelles

Date	Nature	Tableau MP
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		

Tenue d'un registre de soins : NON OUI

Nombre de personnes formées au sauvetage secourisme du travail : _____/_____

Risques toxicologiques (suite)

Combien de produits ont déjà été substitués ? : /_____/

Nettoyage et dégraissage de pièces

Moyens employés : _____

Solvants utilisés : _____

EPI utilisés : _____

Garnitures de freins

Moyens utilisés pour le dépoussiérage Bombe aérosol

Soufflette à air comprimé sous enceinte aspirante dotée d'un filtre absolu (Classe H13)

Aspirateur doté d'un filtre absolu (Classe H13) Autre : _____

Fontaine de lavage freins : NON OUI

EPI utilisés : _____

Peinture

Est-ce que les préparations, ainsi que le nettoyage des outils, s'effectuent dans un local indépendant ? : NON OUI

Type d'aspiration au poste de travail : _____

La cabine de peinture est-elle conforme à la réglementation ? : NON OUI

Entretien régulier : NON OUI Date du dernier entretien : ____/____/____

Type de masque à cartouche utilisé : _____

Est-il stocké dans une boîte hermétique ? : NON OUI

Autres EPI utilisés : _____

Utilisation de poubelles hermétiques pour les déchets : NON OUI

Gaz d'échappements

Aspiration des gaz au pot d'échappement : NON OUI

Nombre d'installations : /_____/

Présence de détecteurs de : CO NOx

Si des mesures ont déjà été réalisées, indiquer les valeurs :

CO : /_____/ ppm le ____/____/____ NOx : /_____/ ppm le ____/____/____

Risques toxicologiques (suite)

Soudage

Type de soudage : Arc Gaz Préciser le ou les gaz employés : _____

Où sont stockées les bouteilles de gaz ? : _____

Utilisation d'une aspiration à la source : NON OUI

Ecrans de protection incombustibles placés autour du poste de travail : NON OUI

EPI utilisés : Gants Guêtres Lunettes de protection Masque

Filtre de soudage utilisé (Numéro d'échelon) : _____

Batteries

EPI utilisés : _____

Moyens de manutention utilisés : _____

Meulage / Ponçage

EPI utilisés : _____

L'appareil est-il équipé d'un écran de protection de projection des poussières ? : NON OUI

D'un dispositif d'aspiration des poussières ? : NON OUI

Carburants

EPI utilisés : _____

Faut-il prévoir une campagne de métrologie d'atmosphère ? : NON OUI

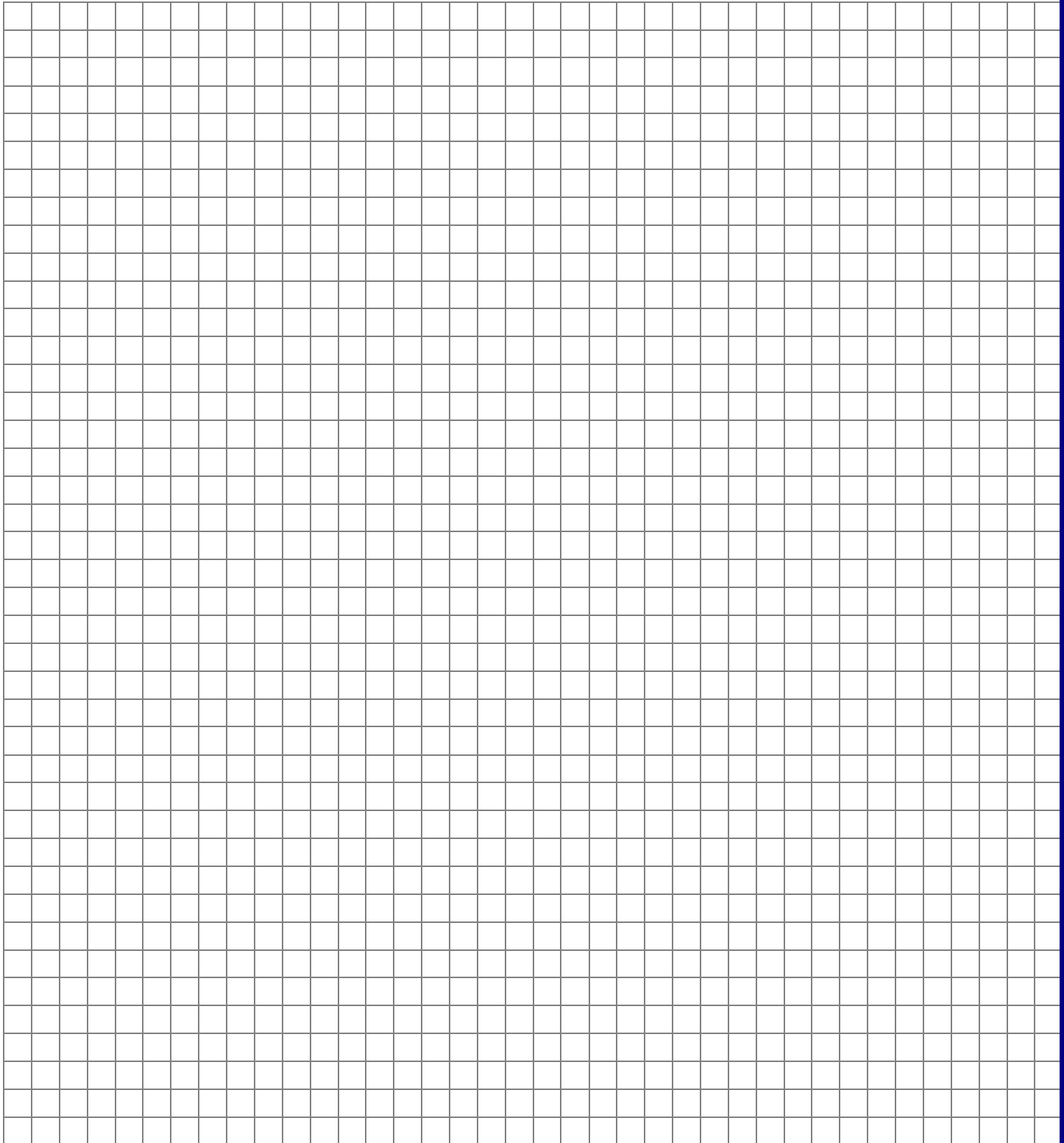
Si oui, quels sont les composés à quantifier en priorité ?

Nom du composé	A quel poste ?

Plan du local

1 carreau = 0,5 cm x 0,5 cm

Echelle utilisée : 1 carreau =



Notes
