



## Fiche d'accueil des nouveaux embauchés

Le : 05.12.2025	Chantier / MS		
Nom : EL HABIB	Prénom : BENTAL		
Poste de travail : Menuisier	Visite médicale :		
<input type="checkbox"/> Changement de poste de travail	<input type="checkbox"/> Nouveau embauché	<input type="checkbox"/> Intérimaire	<input type="checkbox"/> Stagiaire

**LE PERSONNEL A ETE INFORME DES REGLES DE PREVENTION SUIVANTES :**

<input checked="" type="checkbox"/>	Les accès au poste de travail et issues de secours
<input type="checkbox"/>	Le plan de l'emplacement des extincteurs
<input type="checkbox"/>	Les circulations des engins et des personnes sur le chantier
<input checked="" type="checkbox"/>	La conduite à adopter en cas d'accident / incident
<input type="checkbox"/>	Le poste de travail, l'équipe et son responsable
<input checked="" type="checkbox"/>	Les modes opératoires et les consignes
<input checked="" type="checkbox"/>	Les risques liés au poste de travail, outils, machines, produits, matériel, environnement...
<input type="checkbox"/>	Les consignes sécurité spécifiques du chantier
<input type="checkbox"/>	Les protections collectives à mettre en place et / ou à respecter
<input type="checkbox"/>	Les équipements de protection individuelle : Obligation du port des EPI, Utilisation, entretien...
<input type="checkbox"/>	Explication du contenu des supports HSE affichés
<input type="checkbox"/>	Comportement responsable pour respecter l'environnement

**LE PERSONNEL A ETE INFORME DE L'OBLIGATION DU PORT DES EPI SUIVANTS\* :**

<input type="checkbox"/> Tenue de travail (modèle SGTM)	<input type="checkbox"/> Gants	<input type="checkbox"/> Casque de chantier
<input type="checkbox"/> Gilet rétro-réfléchissant	<input type="checkbox"/> Masque de protection	<input type="checkbox"/> Lunette de protection
<input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/> Protecteurs d'oreilles	<input type="checkbox"/>

\* : Le responsable doit s'assurer de la mise à disposition de ces EPI au personnel

**LE CHARGE DE L'ACCUEIL :**

Nom et prénom	Fonction	Signature
B. EZZINE	H.C.	

**SIGNATURE DU BENEFICIAIRE :**

Cette fiche atteste que l'accueil et l'information / Formation HSE ont bien été faits