



Fiche de prévention des expositions à certains facteurs de risques professionnels

Entité : **CASTORAMA CORMEILLES** / Poste : **3.1 Conseiller de Vente**

Nom : **OUFKIR ALI** - Période du **31 / 10 / 2012** au __ / __ / __

énumérés à l'article D.4121-5

| Facteurs de risque | seuil dépassé | | Mesures de prévention en place | Commentaires, précisions, mesurages |
|----------------------------|---------------|-----|---|-------------------------------------|
| | Non | Oui | | |
| Manutention manuelle | X | | <ul style="list-style-type: none">• Consignes pour les manutentions particulières• Consignes pour la manipulation des volumes en sécurité faits• Limitation hauteurs de stockage selon caract. des objets et de leur emballage• Personnel formé à la manutention des volumes dangereux• Adapter le matériel de chargement/déchargement• Moyens adaptés à la tâche, dans les conditions prévues par le fabricant utilisés | |
| Postures | X | | <ul style="list-style-type: none">• Personnel formé à adopter des gestes et des postures adaptés• Chaussures adaptées au travail debout• Possibilité de s'asseoir, de se déplacer et de prendre des pauses pendant la journée de travail• Places assises pour tous les salariés dans les aires de repos et les salles à manger• Encouragement et formalisation des comportements qui limitent la fatigue | |
| Vibrations | X | | | |
| Agents chimiques dangereux | X | | | |
| Milieus hyperbares | X | | | |
| Températures extrêmes | X | | <ul style="list-style-type: none">• Installations de chauffage, ventilation, réfrigération, climatisation et conditionnement d'air et d'eau chaude sanitaire contrôlées• Port de vêtements de protection assure une isolation contre le froid• Temps d'exposition au froid limité | |
| Bruit | X | | <ul style="list-style-type: none">• Port effectif des EPI• Temps d'exposition au bruit limité• Personnel informé des risques | |

| Facteurs de risque | seuil dépassé | | Mesures de prévention en place | Commentaires, précisions, mesurages |
|---------------------------------|---------------|-----|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Non | Oui | | |
| Travail de nuit | X | | | |
| Equipes successives alternantes | X | | | |
| Gestes répétitifs | X | | | |

Remis le __ / __ / ____

Signature de l'employeur

Signature du salarié