**FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES NOUVEAUX EMBAUCHÉS**

**ETAT CIVIL**

**Identité de l’employeur :**

**Date d’embauche :**

**Nom marital :**

**Nom de jeune fille :**

**Prénom :**

**Situation de famille :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Code Postal :**

**Ville :**

**Grade :**

**Fonction :**

**Si mutation d’une autre collectivité, précisez la collectivité et l’ancien poste :**

**CONDITIONS DE TRAVAIL**

**(Bien compléter les risques professionnels du poste – Obligation de l’employeur d’évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, conformément à l’article L230-2 du Code du Travail)**

**Durée de travail** (par semaine ou par mois) :

**Horaires de travail** :

**Domaines d’activité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🗆 Espaces verts | 🗆 Voirie | 🗆 Bâtiment | 🗆 Gardiennage |
| 🗆 Assainissement | 🗆 Déchets | 🗆 Ménage | 🗆 Police |
| 🗆 Restauration collective | 🗆 Enfance | 🗆 Administratif | 🗆 Sport |
| 🗆 Personnes âgées | 🗆 Culturelle | 🗆 Autre (précisez) : | |

**Détail du poste de travail** :

**Locaux mis à disposition :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🗆 Vestiaires | 🗆 Sanitaires | 🗆 Douches | 🗆 Local de restauration |

**Risques particuliers :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🗆 Machines coupantes | 🗆 Machines bruyantes | 🗆 Eaux usées |
| 🗆 Installations électriques | 🗆 Produits chimiques | 🗆 Travail en hauteur |
| 🗆 Ecrans d’ordinateur | 🗆 Port de charges lourdes | 🗆 Travail de nuit |
| 🗆 Travail sur voie publique | 🗆 Engins à conducteur porté |  |

🗆 Autre (précisez) :

**Equipements de protection individuelle fournis :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🗆 Vêtement de travail | 🗆 Chaussures de sécurité | 🗆 Gants |
| 🗆 Gilet de signalisation | 🗆 Protection auditive | 🗆 Lunettes |
| 🗆 Protection respiratoire | 🗆 Harnais antichute |  |

**Formations prévues en matière d’hygiène et de sécurité :**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗆 Secourisme | 🗆 Sécurité incendie |
| 🗆 Gestes et postures | 🗆 Habilitation électrique |
| 🗆 Autorisation de conduite | 🗆 Produits phytosanitaires |

**A compléter par l’employeur et à retourner impérativement avec la programmation au service de médecine préventive du CDG 37 par courriel :** [**medecine.preventive@cdg37.fr**](mailto:medecine.preventive@cdg37.fr)