

**Élaboration du
DOCUMENT UNIQUE**
relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des agents

Recueil des informations

RI.003

IDENTIFICATION			
Collectivité:	Population:		
Maire:	Interlocuteur à privilégié:		
Téléphone:	Téléphone:		
Email:	Email:		
COMPETENCES ET SERVICES			
Nombre d'agents (titulaires et autres) :	Emplois équivalent temps plein:		
ACMO	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Nom et prénom: Téléphone et email :			
École(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
si oui : garderie(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
cantine(s) avec confection des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
cantine(s) avec repas livrés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Agence postale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Police municipale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Service à la personne à domicile (repas ou autre)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Centre de loisir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Crèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Office de tourisme ou syndicat d'initiative	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Piscine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Stade	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Gymnase	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autre équipement sportif:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Salle polyvalente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Hébergement communal de vacances	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Logements locatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Production eau potable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Distribution eau potable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Réseau de collecte assainissement collectif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Station d'épuration si oui, process :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Service d'assainissement non collectif (SPANC)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Collecte des ordures ménagères	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Déchetterie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> délégué
Autre(s) service(s) ou équipements:			

Joindre tous documents utiles comportant des informations sur les services (par mail ou courrier)

Fonctions et contextes

(1 fiche par agent)

Poste:
Nom et prénom:

Horaires de travail:

Astreinte

 Oui

 Non

Travail isolé

 Oui

 Non

Travail de nuit

 Oui

 Non

Autre organisation particulière:

Déplacements avec véhicule dans l'exercice de la fonction

 Oui

 Non

Sommairement type de véhicule, à quelles occasions, fréquences:

Date dernière visite médicale du travail:

Trajet domicile – travail avec véhicule personnel

 Oui

 Non

Si non, quel est le mode de transport:

Formation(s) professionnelle(s) relative(s) à la sécurité

(SST, habilitation électrique, CACES, autres ...)

 Oui

 Non

Si oui, désignation sommaire et date:

Sapeur-pompier volontaire

 Oui

 Non

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

**Matériels et outillages utilisés par fonction
Fiche N°01**

Fonction:

Nom(s) et prénom(s) (possibilité plusieurs agents s'ils exercent les mêmes fonctions):

Ordinateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Outillage électroportatif : disquieuse et/ou tronçonneuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre outillage électroportatif (perceuse, perforateur, ponceuse)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poste à souder	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chalumeau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Debroussailleuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tondeuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tronçonneuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cric	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Grue d'atelier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Palan électrique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Palan manuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pont roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chariot, brouette, transpalette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bétonnière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Escabeau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Échelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plateforme mobile travaux en hauteur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pistolet à peinture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Compresseur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Perforateur pneumatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Clé à choc pneumatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Outillage à main	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Groupe électrogène	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pulvérisateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Machine électrique de nettoyage des sols	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres informations utiles:

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

Matériels et outillages utilisés par fonction
Fiche N°02 (si nécessaire)

Fonction:

Nom(s) et prénom(s) (possibilité plusieurs agents s'ils exercent les mêmes fonctions):

Engin de chantier (Tracto-pelle, mini-pelle ...) Oui Non

Personnel utilisateur formé Oui Non

CACES Oui Non

Date formation initiale:

Date dernière formation de rappel:

Organisme de formation:

Personnel utilisateur détenteur d'une autorisation Oui Non

Chariot de manutention à conducteur porté Oui Non

Personnel utilisateur formé Oui Non

CACES Oui Non

Date formation initiale:

Date dernière formation de rappel:

Organisme de formation:

Personnel utilisateur détenteur d'une autorisation Oui Non

Nacelle (PEMP) Oui Non

Personnel utilisateur formé Oui Non

Date formation initiale:

Date dernière formation de rappel:

Organisme de formation:

Personnel utilisateur détenteur d'une autorisation Oui Non

Autres matériels et outillages:

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

Produits utilisés par fonction

(si nécessaire)

Fonction:
Nom(s) et prénom(s) (possibilité plusieurs agents s'ils exercent les mêmes fonctions):

Produits de nettoyage

 Oui

 Non

 Si oui, nom des produits, de leur fabricant ou marque respective,
Conditionnements respectifs (Bouteille sous pression, bidon de x litres ...):

Produits phytosanitaires

 Oui

 Non

 Si oui, nom des produits, de leur fabricant ou marque respective,
Conditionnements respectifs (Bouteille sous pression, bidon de x litres ...):

Produits de traitement de l'eau (piscine, eau potable ...)

 Oui

 Non

 Si oui, nom des produits, de leur fabricant ou marque respective,
Conditionnements respectifs (Bouteille sous pression, bidon de x litres ...):

Remplissage gazole ou fuel (carburant, chauffage...)

 Oui

 Non

Remplissage carburant essence

 Oui

 Non

Trichloroéthylène

 Oui

 Non

Peinture glycero

 Oui

 Non

Peinture acrylique

 Oui

 Non

White spirit

 Oui

 Non

Alcool à brûler, ménager, isopropylique

 Oui

 Non

Autres produits susceptible d'être dangereux

 Oui

 Non

 Si oui, nom des produits, de leur fabricant ou marque respective,
Conditionnements respectifs (Bouteille sous pression, bidon de x litres ...):

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

Nature des travaux par Fonction

Fonction:

Nom(s) et prénom(s) (possibilité plusieurs agents s'ils exercent les mêmes fonctions):

Accueil du public	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travail sur écran	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres tâches administratives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Confection de repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Service de repas en salle (restauration scolaire ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Service de repas à domicile (pour personnes âgées, à mobilité réduite...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Surveillance d'enfants (centre de loisir, crèche, garderie)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux d'entretien et de nettoyage de locaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux d'élimination de nuisibles (dératisation ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux en hauteur (toutes tâches nécessitant escabeau, échelle...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux sur des installations électriques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de couverture en bâtiment	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux d'isolation en bâtiment	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de maçonnerie (ouvrages, bâtiments...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travail du bois, menuiserie, ébénisterie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de peinture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de soudure	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Débroussaillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tonte de pelouse (espaces verts, stades ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Traitement de végétaux par pulvérisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Intervention sur voies ouvertes à la circulation ou leurs accotements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de déneigement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coupe d'arbres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux d'élagage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de taille de végétaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Brulage de végétaux, écobuage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manutentions ou transports manuels de charges de plus de 55 kg	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Manutentions ou transports manuels de charges de plus de 25 kg	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation d'appareils de manutention motorisés à conducteur porté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation d'appareils motorisés à conducteur accompagnant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation d'appareils de levage motorisés (grues, palans ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation d'outillage pneumatique (clé à choc, perforateur ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de mécanique automobile et/ou engins de chantier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Police municipale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux de maintenance sur des installations de traitement de l'eau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travaux sur des installations d'assainissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres travaux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

Équipements des agents

Fonction:

Nom(s) et prénom(s) (possibilité plusieurs agents s'ils exercent les mêmes fonctions):

Équipements de protection fournis ou à disposition

Chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bottes de sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Combinaison ou ensemble veste-pantalon de travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Blouse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Combinaison travaux chimique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Combinaison travaux de peinture	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Protection respiratoire poussières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Protection respiratoire poussières et gaz	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vêtement de signalisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vêtement de signalisation haute visibilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gants ménagers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gants de manutention	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gants de protection travaux chimiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gants de soudeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Casque industrie et travaux public	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Protection faciale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lunettes de sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Masque de soudeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Protections auditives	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Harnais et longe(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vêtement travaux par temps froids	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres équipements de protection:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Équipements d'hygiène à disposition

Sanitaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douches	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lave-main	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Équipement de secours à disposition

Douche de sécurité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rince oeils et visage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trousse de premiers secours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Téléphone mobile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Téléphone fixe à proximité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres équipements de secours à disposition (notamment DATI) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nous vous invitons à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire

Autres informations

susceptibles d'être utiles pour l'élaboration du document unique