



## Analyse des risques d'un poste de travail dans une école dans le cadre d'une formation des enseignants

### LIEU DU STAGE

Dénomination : .....

Adresse : .....

Représenté par : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Type d'enseignement :  Général  Technique  Professionnel  Autre :

Type de cours :  Cours généraux  Cours techniques  Pratique professionnelle

Agressivité et violence des élèves :  Oui  Non

Contact avec des groupes particuliers :  Oui  Non Si oui, lesquels ?

Accompagnement du stagiaire :  Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Information et procédure d'urgence données lors de l'accueil :  Oui  Non

Formation premiers soins exigée :  Oui  Non

Formation LSC sécurité de base requise :  Oui  Non

Types d'activités du poste de travail :

Travaux exigeant une formation spécifique ou un permis :  Oui  Non Si oui, lesquels ?

Conduite d'appareils de levages et autres :  Oui  Non Si oui, lesquels ?

Utilisation de machines :  Oui  Non Si oui, lesquelles ?

Exposition aux agents chimiques :  Oui  Non Si oui, lesquels ?

Exposition aux agents biologiques :  Oui  Non Si oui, lesquels ?

**Activité liées aux denrées alimentaires :**  Oui  Non Si oui, de quel type ?

**Risque de chutes :**  Oui  Non

**Risque de chutes d'objets :**  Oui  Non

**Levage de charges lourdes :**  Oui  Non Si oui, à quelle fréquence, de quel poids et de quel volume ?

**Exposition aux bruits supérieurs à 80dB :**  Oui  Non

**Utilisation d'objets tranchants :**  Oui  Non

**Exposition aux vibrations :**  Oui  Non

**Exposition aux rayons ionisants ou radioactifs :**  Oui  Non

**Exposition aux rayons non-ionisants (ondes radio, IR, UV, lasers) :**  Oui  Non

**Exposition à l'humidité :**  Oui  Non

**Exposition à la chaleur :**  Oui  Non

**Risque de brûlures :**  Oui  Non

**Exposition au froid :**  Oui  Non

**Autres risques :**  Oui  Non Si oui, lesquels ?

**EQUIPEMENTS DE SECURITE** (entourer les équipements requis) :

Cache-poussière - Combinaison - Gants - Casque - Lunettes de sécurité - Chaussures de sécurité  
Protection auditive - Tablier - Pantalon - Toque ou couvre-chef - Foulard - Bottes - Sabots  
Autres :

**ASPECTS MEDICAUX** (sur avis du médecin du travail)

**Test vaccination :**  Tétanos  Hépatite B  tuberculeuse  Autre :

**Mesure particulière en cas de grossesse :**  Oui  Non

**Evaluation de santé requise :**  Oui  Non

Nom et signature du maitre de stage  
ou du conseiller en prévention

Date :