

**IDENTIFICATION DES TACHES POUVANT ETRE REALISEES PAR L’AGENT**

**MÉDECIN DE PRÉVENTION / AGRÉÉ :** ……………………………………..…………………………………..….

**COLLECTIVITÉ EMPLOYEUR :** ..…………………………………………………………..………………………….

**AGENT :**

Nom / Prénom : …………………………..………………………………………………………………….…..

Date de naissance : ……………………………………………………………………………………………..

Fonction : …………………………………………………………………………………………………………..

Statut : Stagiaire □ Titulaire □ Non titulaire □

Temps : Complet □ Non complet □

Nombre d’heures hebdomadaires : ………………………………………………………..……………….

RQTH : Oui □ Non □

**CONTRAINTES PHYSIQUES :**

1. L’agent est-il en mesure de travailler sur l’amplitude horaire prévue : Oui □ Non □

Si non, l’agent est-il en mesure de travailler à : 90% □

80% □

70% □

60% □

50% □

1. L’agent peut-il manipuler / porter des charges : Oui □ Non □

Limite de charge s’il y a lieu : …………………………….. kg

1. L’agent peut-il marcher ou se déplacer sans difficulté : Oui □ Non □
2. Contraintes posturales / vibrations :

L’agent peut-il travailler :

* En posture bras levés (mains au-dessus des épaules) : Oui □ Non □
* En position bras tendus vers l’avant, coudes dégagés du tronc : Oui □ Non □
* En torsion latérale du tronc : Oui □ Non □
* En posture courbée (prise au sol par exemple) : Oui □ Non □
* Prise ou dépose de charge à une hauteur supérieure à 1,1m, inférieure à 0,75m, ou à une profondeur de plus de 0,40m : Oui □ Non □
* En position statique prolongée : Oui □ Non □
* En posture accroupie ou agenouillée : Oui □ Non □
* Avec du matériel vibratile : Conduite de véhicule / engin Oui □ Non □

 Utilisation d’outils vibrants Oui □ Non □

1. L’agent peut-il travailler en hauteur :
* Sur un escabeau : Oui □ Non □
* Sur une échelle : Oui □ Non □
* Sur un échafaudage : Oui □ Non □
* Dans une nacelle : Oui □ Non □
* Depuis un plan de travail surélevé (passerelle, …) : Oui □ Non □
1. Ambiances lumineuses :

L’agent est-il gêné visuellement par :

* un éclairage insuffisant : Oui □ Non □
* un éclairage éblouissant : Oui □ Non □
* l’absence d’éclairage naturel au poste : Oui □ Non □
1. Ambiances thermiques :

L’agent peut-il travailler lors de températures basses (problèmes vasculaires…) : Oui □ Non □

L’agent peut-il travailler lors de températures élevées (adaptation cardiaque…) : Oui □ Non □

8) Produits chimiques :

L’agent est-il en mesure de pouvoir manipuler des produits chimiques : Oui □ Non □

**CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES ET COGNITIVES :**

1. L’agent est-il en mesure de travailler au contact du public : Oui □ Non □
2. L’agent est-il en mesure de travailler avec des enfants : Oui □ Non □
3. L’agent est-t-il en mesure de travailler seul : Oui □ Non □
4. L’agent est-t-il en mesure de travailler en équipe : Oui □ Non □
5. L’agent est-il en mesure de travailler sur ou à proximité d’une voirie : Oui □ Non □

**OBSERVATIONS ÉVENTUELLES :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

A ……………………….………., le …………………………..

Signature du médecin de prévention / agréé