

FICHE DE PRÉPARATION DE TÂCHE POUR PETITS CHANTIERS

cachet de l'entreprise

N° tâche

Énoncé

Nom du client

Adresse du chantier

Responsable de la tâche

PRÉCISIONS CHANTIER

Lieu de la tâche

Modalités d'accès

Lieux de stockage

INFORMATIONS/DOCUMENTS

Titre du document

Destinataire (équipe, personne)

DANGERS OU CONTRAINTES PARTICULIÈRES AU SITE

Décomposition de la tâche en 10 étapes selon calendrier (cocher l'unité de temps)

Libellé de l'étape

Nombre : heures
jours semaines
mois

	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□
	□	□	□	□

MATÉRIAUX ET CONSOMMABLES NÉCESSAIRES À L'ÉQUIPE

Désignation	Référence	Quantité	Unité	Poids (kg) unitaire	Poids (kg) total	FDS*
		□	□	□	□	□
		□	□	□	□	□
		□	□	□	□	□
		□	□	□	□	□
		□	□	□	□	□

*Fiche de données de sécurité

ORIGINE DES MATÉRIAUX ET MATÉRIELS

Désignation	Fournisseur (Nom, tél.)	Fabricant (Nom, tél.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Nom de l'équipier	Qualification/ statut	Aptitude médicale	Suivi médical spécial	Formation/ habilitation particulière	Équipements individuels fournis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DÉROULEMENT DES TÂCHES

Tâche juste avant	<input type="text"/>	exécutée par	<input type="text"/>
Tâche juste après	<input type="text"/>	exécutée par	<input type="text"/>
Tâche en coactivité	<input type="text"/>	exécutée par	<input type="text"/>

DÉCHETS PRODUITS PAR LA TÂCHE

Nature du déchet	Quantité estimée	Lieu de stockage	Destination finale

CONDITIONS DE TRAVAIL

COCHER AU PLUS 5 FACTEURS VOUS PARAISSANT À L'ORIGINE DE MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL

Facteurs à l'origine de mauvaises conditions de travail	Priorité 1 à 5	Mesures à adopter
<input type="checkbox"/> Bruit		
<input type="checkbox"/> Mauvais éclairage		
<input type="checkbox"/> Mauvaises conditions climatiques		
<input type="checkbox"/> Produits dangereux et risques physiques		
<input type="checkbox"/> Risques d'accidents		
<input type="checkbox"/> Encombrement du poste de travail et des circulations		
<input type="checkbox"/> Port manuel de charges		
<input type="checkbox"/> Efforts physiques		
<input type="checkbox"/> Mauvaises postures		
<input type="checkbox"/> Déplacements (avec ou sans charge)		
<input type="checkbox"/> Difficultés de communication		
<input type="checkbox"/> Coactivité		

AVIS DE L'ÉQUIPE SUR LES CONDITIONS DE RÉALISATION DE LA TÂCHE

Matériaux

Matériel

Conditions de travail

Autres

Établi par M.

Fonction

Fait à

le

Signature