



1. A COMPLETER PAR L'INSTITUT / ENTREPRISE

Institut/Entreprise : .....

Adresse : .....

N° matricule : .....

Nom – Prénom du stagiaire : .....

Ecole fréquentée :

*I.P.E.P.S Seraing  
Orientations enseignement générale et économique.  
43, Quai des Carmes  
4101 JEMEPPE  
04/237.94.16*

Orientation d'étude :

*Assistant pharmaceutico-technique*

**DESCRIPTION DES TACHES** (à spécifier également, travail intérieur ou extérieur, sur la voie publique ou aux abords, terrains, etc ...)

- travail dans une officine de pharmacie

-

**RISQUES** p.e. **actions physiques** telles que mécaniques, thermiques, radiations (p.e. écrans de visualisation avec

indication durée d'utilisation heures/jour, UV, IR, ...), électrique ( avec indication du voltage), bruit; **produits chimiques** (avec indications des produits utilisés et durée d'exposition approximative); **agents biologiques**.

agressions

blessures par maladresse de manipulation de petit matériel du pharmacien

**QUELS SONT LES EQUIPEMENTS DE TRAVAIL UTILISES PAR LE TRAVAILLEUR ?**

(p.e. machine, véhicule, engin de levage, écran de visualisation, poste de soudage, ...) - A préciser

- boîtes, balances, argent, caisse enregistreuse

**PROTECTION COLLECTIVE/INDIVIDUELLE** (à compléter sur base de l'O.S. n° 4927 **et** à actualiser

éventuellement)

nihil

**L'Employeur**

La Direction..... Date : ..... Signature : .....

---

**2. A compléter par M. HUMBLET, Conseiller en prévention de la Province de Liège**

- o Mesures de prévention à appliquer :

.....  
.....  
.....

- o Obligations du stagiaire concernant les risques inhérents à l'activité :

.....  
.....  
.....

- o Autres (à préciser) :

.....  
.....  
.....

Date : ..... Signature : .....

**3. A compléter par le médecin du travail du SPMT**

Si risque potentiel :

- Nécessité de vaccinations, d'examens complémentaires, ... : OUI / NON (\*) [à préciser]

.....  
.....  
.....

- Dérogation éventuelle d'examen médical pour stagiaire mineur : OUI / NON (\*)

.....  
.....  
.....

- Décision finale quant à la nécessité d'une surveillance de santé : OUI / NON (\*)

(\*) : biffer la mention inutile

Le médecin du travail

Nom – Prénom : ..... Date : .....