1. **Date d’arrivée:**
2. **Informations générales** :
	* Nom : ……………………………………………………………Prénom : ……………………………………….
	* Date de naissance : ……………………………………………
	* Département d'accueil : ……………………………………….
	* Responsable hiérarchique direct (maître de stage) : ………………………………………………………….
	* Localisation du laboratoire : ……………………………………………………………………………………
	* Mèl : …………………………………………………………. Poste : ………………………………………

|  |
| --- |
| * Statut actuel :
 |
| Fonctionnaire MAAP : |[ ]  Main d'œuvre occasionnelle: |[ ]
| Elève ingénieur Agrosup Dijon |[ ]  Autre élève (précisez) |[ ]
| Doctorant : Contrat (précisez) : |[ ]  Stagiaire: (précisez) |[ ]

* Autres : précisez **.................................…..**
* Durée de séjour prévue : du .....................................au ................................................………….
* Médecine de prévention :
* Date de votre dernière visite médicale du travail ou scolaire :
1. **Informations prévention :**

Activités principales : cochez une ou plusieurs cases

|  |  |
| --- | --- |
| Laboratoire |[ ]  Terrain |[ ]
| Animalerie |[ ]  Autres : (précisez) |[ ]

* Autres : précisez ...........................................................................
* Précisez le ou les type(s) de produit(s) utilisé(s) :

|  |  |
| --- | --- |
| Produits radioactifs : (précisez) |[ ]  Produits phytosanitaires : (précisez) |[ ]
| Produits chimiques :  |[ ]  Produits CMR : (précisez)\*Cancérogène, mutagène, toxique pour la reproduction |[ ]

* Précisez la ou les technique(s) utilisée(s) référence du(es) protocole(s) :

....................................................................................................................………………………………..

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

1. **Lors de votre arrivée, avez-vous été informé (e) des risques liés à votre activité, aux techniques, produits et des consignes spécifiques à respecter ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Des risques liés à votre activité : | Oui[ ]  | Non [ ]  |
| Des risques liés aux techniques : | Oui[ ]  | Non [ ]  |
| Des risques liés aux produits : | Oui[ ]  | Non [ ]  |
| Des consignes spécifiques de sécurité : | Oui[ ]  | Non [ ]  |

* Par qui avez-vous été informé ? …………………………………………………………………………………….
1. **NOMS DATES et SIGNATURES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entrant** | **Responsable** **du laboratoire** | **Directeur** **du département** | **Bureau prévention** |
|  |  |  |  |

**Renvoyer cette fiche à l’Assistant de Prévention de votre Laboratoire pour le département et au service Prévention.**