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.**