

Feuille de contrôle LTr

Complément aux questionnaires MSST 1 et 3

(aide-mémoire pour les organes d'exécution – se limiter habituellement à seulement une partie des aspects à contrôler)

Entreprise:	_____			N° REE _____
Identification:	N° Suva _____	Classe:	_____	N° seco _____

	Contrôle	Remarques
1 Postes de travail / ergonomie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
2 Organisation du travail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
3 Durée du travail (aménagement du temps de travail, horaires nécessitant une autorisation, travail en équipes)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
4 Protection des femmes enceintes ou allaitantes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
5 Protection des jeunes gens	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
6 Climat des locaux, aération	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____ _____ _____
7 Protection des non-fumeurs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____
8 Lumière (naturelle et artificielle)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____ _____

	Contrôle	Remarques
9 Bruit <input type="checkbox"/> mesures de construction et mesures prises à la source <input type="checkbox"/> confinement dans local séparé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
10 Genre de construction, plafonds et parois <input type="checkbox"/> couleurs claires <input type="checkbox"/> contrastes <input type="checkbox"/> absorption du bruit	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
11 Sols <input type="checkbox"/> conductivité thermique <input type="checkbox"/> humidité <input type="checkbox"/> propreté	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
12 Levage et port de charges <input type="checkbox"/> élimination ou soulagement par moyens auxiliaires <input type="checkbox"/> engins de manutention	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
13 Rayonnement thermique, travail en locaux non chauffés ou à l'extérieur <input type="checkbox"/> vêtements <input type="checkbox"/> protection contre le soleil <input type="checkbox"/> protection contre les intempéries	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
14 Travail au froid <input type="checkbox"/> habillement <input type="checkbox"/> aménagement des pauses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
15 Surveillance des travailleurs <input type="checkbox"/> disposition et champ de vision des caméras de surveillance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
16 Vestiaires, lavabos, toilettes, douches	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
17 Réfectoires et locaux de séjour (voir aussi protection des non-fumeurs)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
18 Eau potable et autres boissons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
19 Entretien et nettoyage des locaux et des installations <input type="checkbox"/> plans de maintenance/systématique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
20 Vêtements de travail <input type="checkbox"/> mise à disposition et entretien des vêtements de travail	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____

Veuillez envoyer la copie de cette feuille de contrôle LTr au Secrétariat de la CFST, case postale 4358, 6002 Lucerne, avec la feuille de base MSST.

Remarques:

Lieu, date:

Visa: