**Liste de vérification** / Instruction de travail pour la visite de l’entreprise

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mesures d’accompagnement relatives  aux travaux dangereux | | |
| Visite de l’entreprise:  Entreprise: ..……………………………...………………………………………………………………………….  Adresse: ……………………………..……………………….………………………………………………………  Interlocuteur/interlocutrice: …………………………………………………………………………………………  Date: …………………………………………………. Heure: de ……………. à …………………..…………….  Présence de:  formateur ou formatrice responsable  chargé-e de sécurité  personne du métier | | |
| Déroulement: | | |
|  |  | Salutations |
|  |  | Indication du motif de la visite |
|  |  | Inspection du domaine de travail |
|  |  | Entretien avec les personnes en formation  attire-t-on votre attention sur les travaux dangereux?  OUI  NON  recevez-vous des explications sur les mesures d’accompagnement?  OUI  NON  Si NON, qu’est-ce qui est entrepris ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Entretien avec la personne du métier  vous accorde-t-on le temps nécessaire pour mettre en œuvre les mesures d’accompagnement avec les personnes en formation?  OUI  NON  Si NON, qu’est-ce qui est entrepris ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | La mise en œuvre des mesures d’accompagnement est-elle bien perceptible?  OUI  NON  Si NON, qu’est-ce qui est entrepris ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Les mesures sont-elles signalées et communiquées en conséquence?  OUI  NON  Affiches  Autocollants  Instructions  Autres  Si NON, qu’est-ce qui est entrepris ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Les mesures d’accompagnement ont-elles donné lieu à des questions?  OUI  NON  Si OUI, qu’est-ce qui est entrepris ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Questions: |
| Appréciation des IA/CF sur place: | | |
|  |  | Le concept des mesures d’accompagnement est clairement compréhensible.  OUI  NON |
|  |  | Il est nécessaire d’effectuer un contrôle ultérieur. (Délai : trois mois)  OUI  NON Période: ………………………………………………………………………..  Si OUI, sur quel(s) point(s)? |
| Décision: | | |
|  |  | L’actuelle autorisation de former est complétée ou une nouvelle est délivrée.  OUI  NON  Si NON, motifs: |
| Enregistrement dans la base de données: | | |
|  |  | Complément à l’autorisation de former  OUI Quand:…………………………………………… |
|  |  | Copie scannée du complément à l’autorisation de former  OUI Qui:………………………………….... |
|  |  |  |
| Remarques / autres sujets: | | |

Signature de l’IA/CF: …………………………………..

Contrôle ultérieur effectué par: ………………………………………

Signature: ………..……………………………………….

17.10.2016, su