



COMOPSMED



FICHE DE POSTE DE TRAVAIL

N° de fonction (voir T.O.)	Intitulé du poste de travail
	Tir petite arme

Département / Sous-département	tous
Localisation (BM ; local)	Stand de tir – zone Ex – salle de cours approprié à la manipulation d'armes

Qualification professionnelle requisse (Permis, brevet, ...)	CQTAL
--	-------

Volet A

Brève description des différentes tâches (par poste de travail),

Prise en charge de l'arme et des munitions chargement de l'arme. Drill TTC (en ce y compris les différentes inspections des armes et des munitions suivant le briefing de sécurité donner) et tir TTC sous contrôle d'un moniteur de tir

Remplir le tableau en Annexe 6

(équipements de travail : toutes les machines utilisées sur le lieu de travail, appareils outillage et installations. En bref tout objet avec lequel on effectue un travail (ordinateur, foreuse, pipette automatique, marteau, pince, disqueuse etc). Différencier entre équipements de travail liés à l'infrastructure (fixe – amovibles) et autres comme l'outillage à main, petits appareils mobiles. Le renvoi vers des Schedule qui reprennent la dénomination et la description est possible pour autant que la Schedule est présente au poste de travail

RESUME RESULTATS EVALUATION DES RISQUES POUR CETTE FONCTION
(en application de l'AR du 27/3/98: système de gestion dynamique des risques)

	Exposition au risque	Nature et contenu surveillance de santé
1. S'agit-il d'un poste de sécurité? <i>Si oui</i> - utilisation d'équipements de travail (grues, ponts roulants, engins de levage) - conduite de véhicules à moteur - port d'armes	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. S'agit-il d'un poste de vigilance? (Tout poste de travail qui consiste en une surveillance permanente du fonctionnement d'une installation où un défaut de vigilance lors de cette surveillance du fonctionnement peut mettre en danger la santé et la sécurité d'autres travailleurs de l'entreprise ou d'entreprises extérieures.)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3. La fonction, concerne- t'elle une activité liée aux denrées alimentaires?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
4. Y-a-t-il des risques particuliers liés aux fonctions en cas de: - travail de nuit	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4. bis Y-a-t-il des risques particuliers liés aux fonctions en cas de: - travail posté	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
5. La surveillance de santé préalable, est-elle exigée? (s'il a été répondu "oui" aux pts 1,2 et 3, la surveillance de santé est toujours obligatoire)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6. Risques particuliers pour des femmes enceintes?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7. Risques particuliers lors d'allaitement?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
8. Risques particuliers pour des jeunes au travail?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
9. La fonction, concerne-t-elle des tâches interdites aux moins de 18 ans? La réglementation interdit aux jeunes et aux étudiants travailleurs des travaux dangereux tels que le contact avec des produits chimiques dangereux, la conduite de machines dangereuses telles que les engins de levage, cisailles à métaux, scies, presses; soudage ou coupage; démolition de bâtiments, montage ou démontage d'échafaudages, ...(!'énumération entière, voir Code, Titre VIII, Chapitre II)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
10. Y-a-t-il des risques de sécurité technique ? Voir pour ceci l'annexe 1 et complétez	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
11. Substances chimiques? Si oui, complétez l'annexe 2.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
12. Substances cancérigènes? Si oui, complétez l'annexe 3.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
13. Agents physiques? (bruit, vibrations, froid, chaleur, etc.) Si oui, complétez l'annexe 4.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
14. Agents biologiques? Si oui, complétez l'annexe 5.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
15. Charge ergonomique lourde?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
16. Travail monotone ou répétitif?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
17. Charge physique de travail, soulèvement de charges?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
18. Charge psycho-sociale? (stress, violence, agression)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
19. Travail à l'écran régulier?>= 4 Hr / jour	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	

Volet B

MESURES DE PREVENTION ET PROTECTION POUR CETTE FONCTION / CE POSTE DE TRAVAIL

1°	Un permis de feu est-il exigé ? (un permis de feu est exigé lors de travaux avec une flamme nue, tels que la soudure, le découpage plasma, disquer, ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
2°	La mise en service des machines et équipements de travail est-elle faite ? (A faire réaliser par la SLPPT)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Le document est-il disponible / accessible au travailleur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui : Localisation :	
3°	Instructions préalables de sécurité : Existe-t-il des fiches d'instruction de sécurité ? (instructions expliquant comment utiliser de manière sécurisée une machine, un appareil, un engin ?)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui : Références : Briefing donné par le moniteur avant l'activité	
4°	Formation préalables de sécurité (Acquérir une connaissance de base afin d'effectuer la tâche de façon sûre et efficace dans un environnement qui comporte des risques. Ceci inclut la connaissance de base pour tout travailleur ainsi que la formation spécifique lié à une fonction spécifique comme conducteur d'un chariot élévateur, électricien,...) Mentionner le contenu, la durée et la durée de validité ou référer au document existant disponible/accessible au travailleur.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Référence : FNC basic et FNC Joint + formation additionnel suivant fonction au sein de l'unité (P90 ; 5.7,GPi) ACOT-APG-RANGE-SAFETY-LNXX-001 ACOT-TTP-CNXX-001 JICCS-LICCS (annuel)	
5°	Equipements de protection collective exigés	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Description : si stand de tir fermé : système extraction et isolations adaptés si stand de tir ouvert: buttes réceptacles	
6°	Vêtements de travail et équipements de protection individuelle exigés	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> pantalon/veste.type :	<input type="checkbox"/> protection respiratoire.Type:
	<input type="checkbox"/> salopette.type :	<input checked="" type="checkbox"/> lunettes/écran de protection.Type:lunettes de tir
	<input type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type :	<input checked="" type="checkbox"/> protection de l'ouïe.Type: bouchons ou casque de tir
	<input type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type:	<input checked="" type="checkbox"/> pommade:crème solaire ou contre les insectes
	<input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type:	<input type="checkbox"/> équipement spécifique:
	<input checked="" type="checkbox"/> gants/moufles. Type: (suivant activité)	<input checked="" type="checkbox"/> autres: Tenue adaptée aux conditions climatiques
	<input type="checkbox"/> casque. Type:	<input checked="" type="checkbox"/> Baudrier, harnais, casque d'escalade selon activité
7°	procédures d'urgence à suivre (pour quelles situations, renvoi au document de référence)	
	Détaillée dans les OJ	
8°	Numéros d'urgence	
	Incendie	Corps de Garde
		Urgences 112
9°	Premiers secours (Infirmiers, Infirmerie, secouristes, ...)(disponibilité, localisation)	
	Description : voir la procédure d'urgence incendie et 1Soins du stand de tir En dehors des heures normales de service appel au 112	
10°	Vaccinations obligatoire :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui : préciser : TETANOS	
11°	Attestation d'aptitude de conduire chauffeur	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Si oui : préciser :	
12°	Information annuelle/préalable à remettre aux travailleurs – autre info (renvoyer à la disponibilité)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui : préciser : Briefing de sécurité et campagne d'affichage	

Avis du conseiller en prévention (SLPPT) et du médecin du travail (AMT)

	Visum SLPPT Pour approbation de cette fiche	Visum médecin du travail Pour approbation de cette fiche
Date		31/11/18
Nom	Samuël CORNU	Dr Jean GOEDERT
Grade	Commandant d'Aviation Conseiller en prévention Ergonome	MEDECIN DU TRAVAIL ARBEIDSGENEESHEER CHT AMT EVERE
Signature	ACOS-WB - SLPPT 08	

Remarques supplémentaires

Date de présentation au CCB /CSC

Avis comité pour la prévention et la protection au travail :

Le Chef de Corps (PO : Chef d'atelier, Comd Pl) etc....	Le travailleur soussigné a pris connaissance de cette fiche concernant le poste de travail à occuper.
--	--

Date :	Date :
--------	--------

Nom :	Nom :
Grade :	Grade :
Fonction :	Fonction :
Signature :	Signature :

Annexe 1: Présence de risques de sécurité technique

	Le risque est-il présent au poste de travail?
	OUI
Risque de chute: - de plein pied (glisser/trébucher) - et/ou de hauteur (tomber de/dans)	<input checked="" type="checkbox"/>
Présence de passages dangereux (trop étroit, obstacles)	<input type="checkbox"/>
Risque de renversement par des véhicules	<input type="checkbox"/>
Risque de coupure, heurt, écrasement ou serrage, coinçage ou emprisonnement dans une machine	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque de chute d'objets ou de détachement ou projection de parties	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque d'incendie/d'explosion, risque de brûlures	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque électrique	<input type="checkbox"/>
Travail avec de l'air comprimé	<input type="checkbox"/>
Travail isolé	<input type="checkbox"/>
Travail en espace clos	<input type="checkbox"/>
Travail près de l'eau avec risque de noyade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Annexe 3: Exposition aux substances cancérigènes

Substance cancérigène présente sur le lieu de travail	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur?	Danger intrinsèque du produit	Nature et contenu de la surveillance de santé
(Mentionner les produits)	OUI	(phrases R)	(A compléter par le médecin du travail)
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

Annexe 4: Exposition aux agents physiques

	Suite à cela, y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur?	Nature et contenu de la surveillance de santé
	OUI	(A compléter par le médecin du travail)
Bruit	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lumière	<input type="checkbox"/>	
Températures basses	<input type="checkbox"/>	
Températures élevées	<input checked="" type="checkbox"/>	
Humidité	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vibrations	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rayonnements ionisantes	<input type="checkbox"/>	
Rayonnements électromagnétiques	<input type="checkbox"/>	
Rayons ultraviolets	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rayons infrarouges	<input type="checkbox"/>	
Rayons laser	<input type="checkbox"/>	
Milieu hyperbare	<input type="checkbox"/>	
Températures d'origine climatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Annexe 5: Exposition aux agents biologiques (substances)

Agents biologiques présent sur le lieu de travail	Risque pour la santé du travailleur	Nature et contenu de la surveillance de santé
	OUI	(A compléter par le médecin du travail)
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Annexe 6: Equipement de travail

Equipement de travail lié à l'infrastructure	Une fiche d'instruction de sécurité est-elle présente ?	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur ?	Nature et contenu de la surveillance de santé
		(Lequel)	(A compléter par le médecin du travail)
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Equipement de travail <u>non</u> lié à l'infrastructure	Une fiche d'instruction de sécurité est-elle présente ?	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur ?	Nature et contenu de la surveillance de santé
		(Lequel)	(A compléter par le médecin du travail)
GP	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
5.7	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
P90	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
FNC	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		