

LUNETTES DE SÉCURITÉ : GARD À VOS YEUX !



5.2% DES ACCIDENTS DU TRAVAIL TOUCHENT LES YEUX

1. LES DIFFERENTES PROTECTIONS OCCULAIRES

POUR LES DEPLACEMENTS



Lunettes de sécurité **OBLIGATOIRE**

Port avec présence des renforts mousse obligatoire



Lunettes de sécurité **À LA VUE** (2 modèles, demande au chef d'agence)

POUR LES TRAVAUX DE MEULAGE



Lunettes masque



Ecran facial (Pour les porteurs de lunettes)

POUR LES TRAVAUX ELECTRIQUE



Casque IDRA pour la protection contre les **FLASHS ELECTRIQUE**

2. CONSEILS DE PRÉVENTION





CAUSERIE QHSE

Agence / Service :

Client :

Site / Affaire :

Page
1 / 2

ORIGINAL A CONSERVER SUR SITE ET / OU EN AGENCE
ENVOYER UNE COPIE AU SERVICE QHSE.

DATE ⁽¹⁾ : ANIMATEUR ⁽⁶⁾ : DUREE ⁽³⁾ : NB DE SESSION ⁽⁴⁾ :

THEME ⁽⁵⁾ : Flash QHSE n°001 – LUNETTES DE SÉCURITÉ : GARD À VOS YEUX !

SUJETS ABORDES ⁽⁵⁾ :

1. LES DIFFERENTES PROTECTIONS OCCULAIRES 2. CONSEILS DE PRÉVENTION

COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS ⁽⁷⁾ :

Amélioration des performances QHSE ⁽⁸⁾

| N° | Analyse des Faits / Constats / Ecart / Situations dangereuses / Presqu'accident / Non-conformité / Dysfonctionnements | Propositions d'action Correctives / Préventives |
|----|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Décision de traitement de la proposition d'action corrective / préventive ⁽⁹⁾

| N° | Décision de traitement | N° | Décision de traitement |
|----|---|----|---|
| | <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 |

Toute décision de traitement d'une action corrective / préventive sera prise en commun accord entre le Responsable QHSE, le Responsable d'affaire, le Chef d'Agence et autre personne concernée.

| | |
|---|--|
| (1) Date(s) à(ux) laquelle(s) s'est déroulée la formation. | (2) Nom, prénom et signature des personnes ayant été formées. |
| (3) Durée de la causerie en nombre d'heure(s). | (4) Nombre de session de formation réalisée par l'animateur. |
| (5) Sujet et thèmes évoqués lors de la causerie. | (6) Nom, prénom de l'animateur de la causerie |
| (7) Remarques émises par les participants sur le sujet et les thèmes évoqués. | (8) Analyse des observations, remarques et propositions d'amélioration émises par les participants sur le sujet et les thèmes évoqués. |
| (9) Décision de prise en compte ou non des propositions d'amélioration. | (10) Emargement obligatoire des personnes présentes à la causerie. |



CAUSERIE QHSE

Agence / Service :

Client :

Site / Affaire :

FEUILLE DE PRESENCE ⁽¹⁰⁾

| <i>Nom / Prénom</i> | <i>Visa</i> | <i>Nom / Prénom</i> | <i>Visa</i> |
|----------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |