

FICHE DE POSTE

Nom de la
collectivité

PARTIE I : ADMINISTRATIF

| IDENTITE DE L'AGENT | | | |
|---------------------|--|-----------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Date de naissance | | Téléphone | |
| Adresse | | | |

| POSITION STATUTAIRE | | | |
|---------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| Catégorie | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | | |
| Grade | | | |
| Emploi fonctionnel | | | |
| Statut | <input type="checkbox"/> Stagiaire | <input type="checkbox"/> Titulaire | <input type="checkbox"/> Contractuel |
| Temps de travail | <input type="checkbox"/> Complet | <input type="checkbox"/> Partiel | <input type="checkbox"/> Non complet |

| DESCRIPTION DU POSTE | | | |
|----------------------|--|----------------------------------|--|
| Service | | Supérieur hiérarchique direct | |
| Emploi et fonctions | | | |

| MISSIONS LIEES AU POSTE | |
|-------------------------|--|
| Missions principales | |
| Autres missions | |

| COMPETENCES ET APTITUDES REQUISES |
|-----------------------------------|
| |

| SAVOIRS | SAVOIRS FAIRE | SAVOIRS ETRE |
|---------|---------------|--------------|
| | | |

| DIPLOMES | EXPERIENCES PROFESSIONNELLES |
|----------|------------------------------|
| | |

FICHE DE POSTE

Nom de la
collectivité

PARTIE II : SANTE / PREVENTION

RISQUES LIES AUX ACTIVITES

*Fréquence : Occasionnel = 1, Régulier = 2, Permanent = 3

| Liste des risques | Fréquence* |
|-------------------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

CONSIGNES DE SECURITE

| | |
|--|--|
| Formation / Qualification spécifiques | |
| Equipements de Protection Individuelle Obligatoires | |
| Indiquer l'emplacement du document unique et des registres de sécurité. Joindre la liste des produits chimiques | |

SURVEILLANCE MEDICALE LIEE AUX RISQUES

| | |
|-------------------------|---|
| Surveillance Médicale | <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Biannuelle |
| Examens complémentaires | Réglementaire = R |
| | Conseillé = C |
| | Fréquence |
| | |
| Vaccinations | Réglementaire = R |
| | Conseillé = C |
| | Fréquence |
| | |
| | |

Signature de l'Autorité Territoriale

Signature de l'Agent