

Document Unique d'Evaluations des Risques pour la Santé et la Sécurité des Travailleurs

SALON :

ADRESSE:

Document Mise à Jour le :

01/05/20

NATURE DES RISQUES	IDENTIFICATION DU RISQUE				EVALUATION DU RISQUE					
<u>Risques Liés au Lieu de Travail</u>										
Circulation des Personnes	<input checked="" type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Chute des Personnes	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Chutes d'Objets	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Bruit	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input checked="" type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Electricité	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Incendie ou Explosion	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Hygiène du Salon	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Ergonomie (sieges collaborateurs)	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input checked="" type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Assainissement de l'Air	<input checked="" type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
<u>Risques Liés aux Prestations</u>										
Gestes Répétitifs, Postures Contraignantes	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input checked="" type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Hygiène lors des Prestations	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Outils	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Blessures	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Risques Infections	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
<u>Risques Liés aux Produits</u>										
Produits Inflammables	<input checked="" type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Produits Allergisants	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input checked="" type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Stockage des Produits	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input checked="" type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input checked="" type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF
Préparation	<input type="checkbox"/>	SANS OBJET	<input type="checkbox"/>	IDENTIFIE	<input type="checkbox"/>	FAIBLE	<input type="checkbox"/>	MOYEN	<input type="checkbox"/>	SIGNIFICATIF