

Prestations en matière de santé et sécurité au travail
 Entreprises, établissements, consultants, référencés en Nouvelle-Calédonie
 Avril 2011

Renseignements d'ordre général



<ul style="list-style-type: none"> * Nom et sigle éventuel de l'entreprise * et/ou non de la personne physique (patenté) * Nom du groupe auquel appartient éventuellement l'entreprise * Adresse * Tel/fax/mel/éventuellement site web * Nature de l'activité principale * Nom du ou de la responsable (directeur/trice, gérant) * Ridet 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

Prestations fournies: études, audits...

<ul style="list-style-type: none"> * Réalisation des Evaluations des Risques Professionnels * Conseils, audits, diagnostics en matière de SST * Réalisation d'études et diagnostics relatifs à la sécurité des chantiers (cf. PPSPS) * Réalisation de diagnostics amiante * Conseils, audits, diagnostics en matière de sécurité incendie * Réalisation de zonages ATEX * Analyse et aménagement de poste de travail * Conseil en transport de matières dangereuses Ces prestations sont réalisées par l'entreprise en nom propre Si non, merci de précisez le nom et les coordonnées du sous-traitant 	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> oui</td> <td><input type="checkbox"/> non</td> </tr> </table> <hr/>	<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"/> 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"/> oui	<input type="checkbox"/> non																		

Précisions, observations, qualifications : _____

Prestations fournies: formations

* Sécurité au travail et aux risques professionnels <i>Si oui, dans quels secteurs d'activités en particulier (industrie, activités extractives, BTP, tertiaire, agriculture, transports, énergie...)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Gestes et postures ou activités physiques <i>Si oui merci de préciser les qualifications de l'intervenant (kinésithérapeute, ergothérapeute, enseignant...)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Risque incendie <i>Si oui merci de préciser les qualifications de l'intervenant</i> <i>Si oui merci de préciser s'il s'agit de théorie et/ou de pratique</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Secourisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* CHSCT	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Travail en hauteur <i>Si oui merci de préciser les qualifications de l'intervenant</i> <i>Si oui merci de préciser s'il s'agit de théorie et/ou de pratique</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Risque routier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Conduite engins <i>Si oui, merci de préciser le type d'engins (élévateurs, nacelles...)</i> <i>Si oui merci de préciser s'il s'agit de théorie et/ou de pratique</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Risques chimiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Risque électrique <i>Si oui, merci de préciser les qualifications de l'intervenant</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Gestion du stress	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Transport de matières dangereuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Précisions, observations, qualifications : _____

Prestations fournies: mesures

* Bruit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Vibrations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Poussières inhalables <i>Dont amiante</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Ambiances (températures, hygrométrie, luminosité, aération...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Gaz <i>Si oui, merci de précisez s'il s'agit de détection ou de quantification</i> <i>Si oui, merci de précisez les gaz mesurés ou détectés</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Précisions, observations, qualifications : _____



Prestations fournies: matériel

* Vente d'équipements de protection individuelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Vente ou location de matériel de signalisation en SST	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Vente de trousse de secours, kit de sécurité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Vente de matériel de mesures (sonomètres, détecteurs...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, merci de préciser le type d'outils</i>		
* Vente d'outils informatiques liés à la santé et la sécurité au travail	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, merci de préciser le type d'outils</i>		
* Réalisation de supports de communication en matière de SST	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, merci de préciser le type de supports</i>		
* Vente de matériel de protection incendie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Contrôle de matériel et d'éléments de sécurité liés à l'incendie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Contrôle de matériel et éléments liés aux opérations de levage (élingues, grues...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Autres contrôles (électriques...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Vente de matériel ergonomique de bureau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Précisions, observations, qualifications : _____

SST = santé et sécurité au travail

Prestations fournies: chantier, interventions in situ

* Traitement de l'air, dépoussiérage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Dépollution des bâtiments (amiante, plomb)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Traitements des produits et déchets toxiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
* Contrôles, certifications	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, merci de préciser le type de contrôles/certifications</i>		

Précisions, observations, qualifications : _____

Souhaitez-vous que votre entreprise apparaisse sur le site internet du SMIT (domaines d'activité et coordonnées générales) ? oui non

Date: _____

Signature _____