

GUIDE DE VISITE PRESSING

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Tel : _____ Fax : _____ Mail : _____

Nom du contact dans l'entreprise _____ Fonction : _____ Tel : _____

Visite réalisée le : _____ Avec : _____

INFORMATIONS GENERALES

Convention collective : _____

Règlement intérieur oui non

Document Unique oui non

Fiche de pénibilité oui non

DP oui non

CHSCT oui non

Poste de travail	H	F	CDI	CDD	TT	Apprenti	Handicapé	Temps complet	Temps partiel
Total									

Temps de travail : _____ h

Horaires de travail : _____

Horaires clientèle : _____

Livraison à domicile : oui non

Si oui, déplacements effectués par : l'employeur

le salarié

Turn over oui non

	Avec arrêt	Sans arrêt	Motif
Nombre d'AT au cours des 12 derniers mois			
Nombre de MP au cours des 12 derniers mois			

HYGIENE COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE

Propriétaire

Locataire

Année de construction : _____

Année de rénovation : _____

Surface totale : _____ m²

Descriptif des locaux :

Diagnostic amiante oui non

Toilettes	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien :
Lavabos :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien :
Douches :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien :
Vestiaires :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien :
Dans un local séparé ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Avec une armoire à 2 compartiments séparant les vêtements de travail des vêtements personnels ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
<hr/>					
Vêtements de travail fournis par l'employeur :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Si oui	<input type="checkbox"/>	blouse à manches longues			
	<input type="checkbox"/>	chaussures confortables			
	<input type="checkbox"/>	chaussures antidérapantes			
Vêtements de travail entretenus par ?	<input type="checkbox"/>	l'employeur			
	<input type="checkbox"/>	le salarié			
<hr/>					
Restauration à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Coin pause / repas :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Séparé :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Distributeur à boissons :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Micro-ondes :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Réfrigérateur :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Chaises :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Combien :
Table :	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	

Entretien des locaux effectué par :	<input type="checkbox"/> l'employeur
	<input type="checkbox"/> le(s) salarié(s)
	<input type="checkbox"/> une entreprise extérieure
Fréquence : _____	
Produits utilisés :	- _____
	- _____
	- _____
	- _____
Matériel utilisé	<input type="checkbox"/> Aspirateur
	<input type="checkbox"/> Balai espagnol
	<input type="checkbox"/> autre : _____
	<input type="checkbox"/> Balai
	<input type="checkbox"/> Serpillère

VENTILATION / ASPIRATION

Ventilation naturelle (fenêtres, ouvrants) oui non

Ventilation mécanique oui non

Dernière vérification faite le : _____ Par : _____

Air aspiré rejeté à l'extérieur des locaux oui non

Système de ventilation fonctionnant en permanence oui non

Présence dossier d'installation de la ventilation oui non

AMBIANCE LUMINEUSE

Eclairage naturel Fenêtres Baies vitrées

Eclairage artificiel Spots Néons Lampes d'appoint

Eclairage adapté oui non

Si non, pourquoi ? _____

Niveau éclairage mesuré :

A quel endroit ? _____ lux

AMBIANCE THERMIQUE

Chauffage	<input type="checkbox"/> électrique	<input type="checkbox"/> pas de chauffage
	<input type="checkbox"/> rideau d'air chaud	
Dernière vérification faite le : _____		Par : _____
Climatisation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Réversible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dernière vérification faite le : _____		Par : _____
Nettoyage des filtres fait par	<input type="checkbox"/> l'employeur	
	<input type="checkbox"/> le salarié	
Fréquence de nettoyage des filtres : _____		
Température ressentie comme agréable en été	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Température ressentie comme agréable en hiver	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hygrométrie ressentie comme normale en hiver, par temps d'humidité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hygrométrie ressentie comme normale en été, par temps d'humidité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Horaires modifiés en été	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Salle de repos climatisée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

AMBIANCE SONORE

Matériel générant du bruit	<input type="checkbox"/> fer à repasser	<input type="checkbox"/> soufflette	<input type="checkbox"/> pistolet à vapeur
	<input type="checkbox"/> compresseur	<input type="checkbox"/> sonnette	<input type="checkbox"/> radio
Le niveau sonore est ressenti comme	<input type="checkbox"/> pas gênant	<input type="checkbox"/> peu gênant	
	<input type="checkbox"/> gênant	<input type="checkbox"/> très gênant	
Niveau sonore mesuré :			
A quel endroit ? _____ dB			

RISQUE INCENDIE / EXPLOSION

Extincteurs	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	Non	Combien ?
Visibles	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Accessibles	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Fixés	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Dernière vérification faite le : _____					Par : _____
Formation évacuation et exercices incendie	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Combien de fois par an : _____					
Affichage obligatoire	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
(n° urgence, convention collective, coordonnées médecin du travail et inspection du travail)					
Plan d'évacuation	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Issue de secours matérialisée	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Accessible	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Trousse de secours	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Personnel formé SST	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Si oui, combien					
Recyclage	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Vérification de l'installation électrique par un organisme agréé	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Dernière vérification faite le : _____					Par : _____
Vérification de la machine de nettoyage à sec	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Dernière vérification faite le : _____					Par : _____
Maintenance réalisée par	<input type="checkbox"/>	l'employeur			
	<input type="checkbox"/>	une entreprise agréée			
Vérification des autres machines	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Dernière vérification faite le : _____					Par : _____

RISQUE CHIMIQUE

Procédé de nettoyage utilisé			
<input type="checkbox"/> Perchloroéthylène	<input type="checkbox"/> Siloxane (D5)	<input type="checkbox"/> KWL	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Solvon K4	<input type="checkbox"/> Rynex 3E	<input type="checkbox"/> Aqua-nettoyage	
Présence de FDS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
De moins de 3 ans	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Nom du produit	Utilisation

Etiquetage des produits	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Transvasement de produits	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etiquetage des produits après transvasement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
En cas de déversement accidentel ou de projection, CAT	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présence de produits absorbants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présence d'une fontaine oculaire à proximité immédiate	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Présence d'une douche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Respect des règles de stockage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Stockage de produits dans un endroit clos, aéré et ventilé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Produits chimiques stockés sur des étagères non surchargées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bacs de rétention pour le stockage des produits	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Poubelle hermétique pour le stockage des déchets (filtres, chiffons)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Raclage des boues, résidus	<input type="checkbox"/>	manuel	<input type="checkbox"/>	automatique
Stockage des boues et résidus dans un fût hermétiquement fermé	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Collecte des boues et résidus par une entreprise agréée	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Nettoyage des filtres à boutons et peluches fait par	<input type="checkbox"/>	l'employeur		
	<input type="checkbox"/>	le salarié		
Fréquence : _____				
Extraction d'air				
au niveau du hublot de chargement et déchargement de la machine à perchloroéthylène	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
à l'endroit où se fait le raclage des boues	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Air pollué rejeté à l'extérieur des locaux	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Apport d'air neuf	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Système de ventilation fonctionnant en permanence	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Y-a-t-il des prélèvements atmosphériques réalisés régulièrement (pressing utilisant le perchloroéthylène)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Port d'EPI				
Gants	<input type="checkbox"/>	latex	<input type="checkbox"/>	vinyle <input type="checkbox"/> nitrile <input type="checkbox"/> autre
Blouse	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Lunettes	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Masque respiratoire de type A2	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Personnel formé à l'utilisation des produits chimiques et à l'étiquetage				
Personnel sensibilisé au risque chimique durant la grossesse	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, CAT	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Présence d'un cahier de suivi de la machine de nettoyage à sec (consommation et interventions)				
	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

RISQUE LIE AUX MACHINES ET OUTILS

Fer à repasser	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Tuyaux du fer calorifugés		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Table à repasser	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Pistolet vapeur	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Soufflette	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Table de détachage avec hotte à aspiration frontale		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Machines à laver	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	Capacité de la machine : _____kg
Nombre de machines par jour ? _____			
Hublot à hauteur d'homme ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Machine de nettoyage à sec	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	Capacité de la machine : _____kg
Nombre de machines par jour ? _____			
Hublot à hauteur d'homme ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Machine de marque NF		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sèche-linge	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	Capacité de la machine : _____kg
Hublot à hauteur d'homme		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Emballeuse	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
		<input type="checkbox"/> A la verticale <input type="checkbox"/> A l'horizontale	
Compresseur	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Convoyeur	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Perche	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Siège assis-debout	<input type="checkbox"/>	Combien ? _____	
Personnel formé à l'utilisation des machines et outils		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Consignes de sécurité données sur l'utilisation des machines		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Bouton d'arrêt d'urgence sur les machines		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Personnel formé en cas de remplacement		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

RISQUE LIE A L'ACTIVITE PHYSIQUE

Gestes répétitifs / contraintes / postures

Nombre d'articles repassés en moyenne par heure : _____

Repassage vertical oui non

Semelle fer à repasser en téflon oui non

Fer à repasser entretenu oui Non Fréquence : _____

Fer à proximité de la main du salarié oui non

Table à repasser réglable en hauteur oui non

Système d'aspiration /soufflage d'air oui non

Manutention

Manutention des bacs de linge faite par l'employeur

le salarié

Chariots roulants pour transporter le linge oui non

Bacs de linge à fonds relevant oui non

Chargement et déchargement des machines
faits par l'employeur

le salarié

Manutention des bidons de solvant faite par l'employeur

le fournisseur

une entreprise extérieure

Manutention des rouleaux pour l'emballeuse
faite par l'employeur

le salarié

une entreprise extérieure

Poids du fer à repasser : _____ kg

Suspension du fer à repasser oui non

RISQUE DE CHUTE

Chute de plain-pied

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----|
| Allée(s) de circulation dégagée(s) | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Sol encombré | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Etat du sol | <input type="checkbox"/> | Surface antidérapante | <input type="checkbox"/> | non |
| | <input type="checkbox"/> | Régularité du sol | <input type="checkbox"/> | non |

Chute de hauteur

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Présence d'escaliers | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Si oui, y-a-t-il une rampe d'accès | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Présence de marche(s) antidérapante(s) | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Chute d'objets

- | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Stockage en hauteur | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| Sécurisé | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

RISQUE BIOLOGIQUE / INFECTIEUX

Etiquetage des vêtements par des agrafes ou épingles	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Vérification des poches des vêtements avant lavage	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, par qui ?	<input type="checkbox"/>	l'employeur		
	<input type="checkbox"/>	le salarié		
Contact avec du linge souillé par des liquides biologiques	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Conseil de vaccination pour le risque biologique préconisé	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui	<input type="checkbox"/>	Hépatite B		
	<input type="checkbox"/>	DT Polio		
Port de gants	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, gants en	<input type="checkbox"/>	latex		
	<input type="checkbox"/>	vinyle		
	<input type="checkbox"/>	autre		
Port de blouse	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, blouse à	<input type="checkbox"/>	manches longues		
	<input type="checkbox"/>	manches courtes		

RPS

Accueil clientèle	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Encaissement	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Contrainte de temps / délai à respecter	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Salariés informés sur les risques liés à leur poste	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Personnel formé à l'accueil clientèle	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
CAT en cas d'agression verbale ou physique	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Consignes claires, précises et outils adaptés	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Travail organisé et planifié	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Pauses régulières	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

CONCLUSION DE VISITE

Points positifs :

Propositions d'améliorations :

Aides proposées à l'employeur et possibles par STP :

- Aide à l'élaboration du DUERP
- Analyse des FDS
- Mesure d'ambiance sonore
- Mesure d'ambiance lumineuse
- Sensibilisation gestes et postures
- Sensibilisation au risque chimique
- Sensibilisation au bruit
- Formation Sauveteur Secouriste au Travail

Demande particulière de l'employeur :

Documents remis à l'employeur lors de la visite :

- Brochure sur les acteurs du SST
- Brochure Service Relation Adhérents (SRA)
- Affichage obligatoire
- Trousse de premiers secours
- Brochure sur les premiers secours en entreprise
- Document d'aide à l'élaboration du DUERP
- Plaquette d'information concernant le métier d'employé de pressing

