**RISICOANALYSE** voor studenten **Ingenieurswetenschappen en Architectuur:**

**Stage STUDIE- en ARCHTECTENBUREAU met werfbezoeken**

In uitvoering van het Koninklijk Besluit van 21/09/2004 betreffende de bescherming van stagiairs en het Koninklijk Besluit van 03/05/1999 betreffende de bescherming van de jongeren op het werk.

**Algemene gegevens stageplaats.**

Naam:       Tel:

Adres: Straat:       Nr.:

Postcode:       Gemeente:

Ondernemingsnummer\*:       (BTW- of RRRP-nummer voorafgegaan door een nul)

Vertegenwoordigd door:

Functie:       Tel:

E-mail:

**Stagementor (optioneel).**

Naam:       Functie:

Tel:       E-mail:

**Externe (of Interne) Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk van de stagegever/ werkgever.**

Naam:       Tel:

Naam arbeidsgeneesheer:       Tel:

**Preventieadviseur.**

Naam:       Tel:

**Onthaal en EHBO**

Bij onthaal wordt informatie gegeven i.v.m. EHBO, noodprocedures e.d.  ja  nee

Er is een EHBO-post op de werkplaats  ja  nee

**Werkpost:**  **Studie- en architectenbureau met werfbezoeken**

Andere: ………………………………………

**Taken en activiteiten:**

**Voor stagiairs bouwkunde worden volgende risico’s aangeduid:**

**- Beeldschermwerk: 4 tot 8 uur**

**- Bouwgerelateerde activiteiten: Grond- en stutwerk bij uitgravingen van meer dan 2 m diep waarvan de breedte op halve diepte kleiner is dan de diepte; werk dat instortingen kan veroorzaken,**

**- Blootstelling aan fysische agentia:**

**- Vallen van hoogte of begane grond,**

**- Vallende voorwerpen**

Vermeldt eventueel andere risico’s hieronder:

**Zie ommezijde**

**Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM’s):**

**PBM Verantwoordelijke**

………………………………………………………………

……………………………… ………………………………

**MEDISCHE ASPECTEN**

Het departement Medisch Toezicht van de UGent heeft, op basis van de aangeduide risico’s, deze aspecten al geformuleerd. Gelieve deze indien nodig aan te passen (op advies van de arbeidsgeneesheer van de stagegever).

**Inentingen**

tetanus  hepatitis B  andere: ...............................................................................................

**Tests**

tuberculose  andere: .........................................................................................................................

**Moederschapbescherming**

Bijzondere maatregelen in geval van zwangerschap  ja  nee

Zo ja, welke:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**Passende gezondheidsbeoordeling:**

Niet vereist

Vereist omwille van:

………………………………………………………………………………………………………………………...

**Specifieke gezondheidsbeoordeling**

Niet vereist

Vereist omwille van de leeftijd (<18j)

Vereist omwille van de nachtarbeid

Vereist omwille van een specifiek risico:

**DATUM**

…….…….…………

**Naam en handtekening**

……………………………………………………………