

OBLIGATOIRE POUR LES PAYS DECONSEILLES ET FORMELLEMENT DECONSEILLES

DOSSIER OBLIGATOIRE D'ANALYSE DE RISQUES

NOM :	Prénom :
Dates et durée de la mission :	
Lieu(x) de la mission :	
Numéro et/ou mail où vous contacter en cas d'urgence :	

Mention manuscrite suivante : « *J'atteste avoir pris connaissance de la 'fiche pays' disponible sur le site du ministère des affaires étrangères.* »

.....

.....

.....

.....

.....

Expérience du terrain (rayez la mention inutile) :

Bonne

Restreinte

Précisez :

Conditions d'hébergement et d'alimentation (rayez la/les mention/s inutile/s) :

Standard (hôtel...)

Chez l'habitant

Bivouac itinérant

Précisez :

Conditions d'environnement (rayez la/les mention/s inutile/s) :

Thermo-hygrométrie extrême

Haute altitude

hyperbare

Pathologie(s) endémique(s)

Autre

Précisez :

Conditions techniques d'activité professionnelle :

Mode(s) de transports envisagé(s) :

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

Activités de terrain (si oui, de quelle nature et dans quel type de milieu) :

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

Travail (rayez la mention inutile s'il y a lieu) : isolé en groupe

Travail (rayez la mention inutile s'il y a lieu) : de bureau de terrain

Exposition(s) spécifique(s) dans le cadre des activités (indiquez la nature des risques particuliers selon qu'ils soient physiques, chimiques, biologiques, humains ou autres) :

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

Fournitures nécessaire A la charge du missionnaire (Rayez la/les mention/s inutile/s et précisez si nécessaire) :

Moyen de communication

Trousse de secours d'urgence

Formation(s)

Équipement(s) de protection individuelle

Autre:

Précisez :

Observations supplémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demandeur	Chef de service
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date :	Date :
Signature :	Signature :

Partie réservée à l'administration

Mesure(s) d'accompagnements demandées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis médical éventuel, nom et cachet du médecin :

.....

.....

.....

.....

.....

FDS	Président Université Lyon 3
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date :	Date :
Signature :	Signature :