

NOTICE DE POSTE

Référence : *à compléter*

Mise à jour : *à compléter*

Nom de l'installation : *à compléter*

Nom ou n° de la salle : *à compléter*

CARACTÉRISTIQUES LASER

Classe						
Longueur d'onde (nm)						
Mode (D/I/R/M)						
Puissance/VLE						

RISQUE LASER AU POSTE DE TRAVAIL



Indiquer précisément la nature du/des risque(s), la phase de travail pendant laquelle il y a un risque d'exposition.

RISQUES ASSOCIÉS



Indiquer succinctement la nature du/des dangers/risque(s), la phase de travail pendant laquelle il y a un risque d'exposition.

A sélectionner (Liste non exhaustive) :

- Risque chimique (*préciser le ou les produits chimiques*)
- Risque électrique (*préciser l'équipement, la tension et l'intensité*)
- Risque d'incendie (*préciser la source possible*)
- Risque de rayonnements induits (*préciser la source*)
- Risque lié au bruit (*préciser la source*)
- Risque d'anoxie (*préciser la source*)
- Risque de brûlure chaud / froid (*préciser la source*)

CONSIGNES DE SÉCURITÉ À RESPECTER



Indiquer : un mode opératoire précis à suivre, les équipements de protection individuelle (en particulier le modèle de lunettes de sécurité lasers) ou collective, des paramètres à surveiller, des interdictions à respecter, des matériels à utiliser spécifiques au type d'expérience...

Date

Référent sécurité laser
(nom, signature)
.....

Assistant de prévention
(nom, signature)
.....

Responsable de l'installation
(nom, signature)
.....

Directeur/directrice de l'unité
(nom, signature)
.....