***Identification du SIS :***

**Attestation des activités de sapeur-pompier professionnel ou de personnel administratif, technique et spécialisé exercées potentiellement exposantes aux substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, ou indiquant une pénibilité.**

*Ce document administratif est à remettre à l’agent lors de sa cessation d’activité au SIS. Il est réalisé en trois exemplaires, un pour l’agent qui doit le conserver, un pour le dossier administratif, un pour le dossier médical.*

*Si l’agent a été sapeur-pompier volontaire dans le même SIS, le cumul des activités potentiellement exposantes sera indiqué sur cette fiche.*

**Renseignements administratifs concernant l’agent :**

**Nom : Prénom : Sexe :**

**SIS :**

**Matricule :**

**N° de Sécurité sociale :**

**Statut***(préciser les doubles statuts (ex : PATS/SPV ou SPP/SPV) :*

1. **Historique des emplois :**
   1. **Historique des emplois hors du SDIS : emplois avant d’être PATS ou SPP, cumul d’activités pour les PATS ou SPP, activité de SPV (à fournir par l’agent) :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’entreprise** | **Coordonnées de l’entreprise ou collectivité** | **Secteur d’activité** | **Emploi tenu** | **Date de début** | **Date de fin** | **Observation** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Historique des affectations principales tenues dans le SDIS :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SDIS / CS / gpt fonctionnel** | **Emploi** | **Statut** | **Date de début** | **Date de fin** | **Durée en années** | **Observation** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Historique des accidents de service ou de travail (dans le SIS) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Nombre de jours d’arrêt** | **Nature de l’accident** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. Historique des activités ayant donné lieu à une exposition potentielle à un CMR ou à certains facteurs de risques professionnels :**

* 1. **Activités PATS ou activités fonctionnelles pour les SPP potentiellement exposantes :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités exposantes** | **Durée cumulée**  **en heure**  **(depuis le recrutement)** | **Observation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL DES HEURES** |  |  |

* 1. **Activités opérationnelles et de formation de sapeur-pompier potentiellement exposantes :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mission** | **Durée\* cumulée**  **en heure**  **(depuis le recrutement au SIS)** | **Nombre** | **Observation** |
| **Feux d’espaces naturels (toxicité des fumées, effort intense)** |  |  |  |
| **Autres feux (cocktail exposant, effort intense)** |  |  |  |
| **Formations feux réels, brûlages dirigés, RCCI** |  |  |  |
| **Usage d’émulseurs avec PFAS** |  |  |  |
| **Risque radiologique** |  |  |  |
| **Activité hyperbare** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**\*** *La durée est individuelle. Pour les interventions elle est comptée de l’arrivée sur les lieux à une heure après le retour d’intervention pour le SP concerné.*

* 1. **Activités de nuit :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Observation** |
| ***Nuits travaillées comprenant la période 0 à 5 heures*** |  |  |

* 1. **Nombre d’heures par semaines travaillées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Temps de travail effectif par semaine** | **Nombre de semaines par an à plus de 55 heures par semaine** | **Nombre d’années à plus de 55 heures par semaine** | **Observation** |
|  |  |  |  |

* 1. **Implication dans un événement opérationnel exceptionnel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **Année** | **Observation** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **Implication dans un événement critique psychologique (ou évènement à potentiel psychotraumatique)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **Année** | **Observation** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Date**

**Signature du chef de service**

**Notifié le… à …**

**Commentaires éventuels :**

*Merci à l’agent de préciser si des anomalies, des oublis sont constatés et si des informations liées à l’exposition à des CMR sont à préciser.*

*Date et signature*