

NOM : **Prénom :**

LIEU(X) ET DATES DE LA MISSION

.....

DUREE DE LA MISSION

- < 8 jours
- ≥ 8 jours et < 1 mois
- ≥ 1 mois

COORDONNEES EN CAS D'URGENCE

n° de téléphone ou e-mail où vous serez joignable en cas d'urgence

.....

INFORMATIONS SUR LE PAYS DE DESTINATION

J'atteste avoir pris connaissance de la « fiche sécurité pays » du pays de destination disponible sur le site Intranet de l'IRD

La mission implique-t-elle de vous rendre dans une zone classée « orange », voire « rouge » par le ministère français chargé des affaires étrangères ?
 Oui Non
 => *Si oui, vous devez impérativement obtenir l'autorisation préalable du représentant du pays de destination, via le dossier spécifique à télécharger sur Intranet. Les zones classées « rouge » sont interdites.*

EXPERIENCE DU TERRAIN DU MISSIONNAIRE

Bonne Restreinte

CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET D'ALIMENTATION

- Standard (hôtels, etc.)
- Chez l'habitant
- Bivouac itinérant

CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT

- Ambiance Thermo-Hygométrique Moyenne Extrême
- Haute altitude Oui Non
- Embarquement Oui Non
- Hyperbarie Oui Non
- Pathologies endémiques :

CONDITIONS TECHNIQUES D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Modes de transport envisagés :
- Activité de terrain : Oui Non
 Si oui : Zone urbaine Zone rurale
- Conditions d'activité Travail isolé Travail en équipe
- Travail de bureau, Enseignement, Colloque, Réunions
- Enquêtes auprès des populations
- Expositions spécifiques dans le cadre des activités de terrain
 Dangers physiques Dangers chimiques
 Dangers biologiques Risques particuliers
 Si risques particuliers, préciser :

MOYENS DE PREVENTION, DE PROPHYLAXIE, DE SECOURS, JUGES INDISPENSABLES AU VU DES RISQUES IDENTIFIES

- Moyens de communication (NB : se munir des numéros utiles)
 Si oui, préciser lesquels :
- Trousse de secours d'urgence
- Médicaments
- Informations ou formations souhaitées
 Si oui, préciser :
- Equipements de protection individuelle
 Si oui, préciser :
- Autres mesures de prévention
 Si autres, préciser :

Mise en condition sanitaire par un médecin de l'IRD..... OUI
 Mise en condition sanitaire par un service de médecine des voyages OUI

Observations éventuelles sur la prévention des risques liés à la mission :

Date :

L'intéressé Le chef de service
 Nom et signature : Nom et signature :

* En fonction du lieu et de la nature de la mission, certaines rubriques peuvent ne pas être complétées