

**RELATIVE À UNE SITUATION DE TRAVAIL
RÉVÉLANT UN RISQUE DE MALADIE PROFESSIONNELLE
OU À CARACTÈRE PROFESSIONNEL GRAVE**

(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise :

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LE FAIT GÉNÉRATEUR DE L'ENQUÊTE

S'il s'agit d'une déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnel, mentionner :

tableau n° _____ ou rubrique n° _____

Date de la déclaration : _____

(art. R 461.3 du code de la Sécurité sociale art. 50 du décret n° 73-598 du 29 juin 1973 du Code rural)

L'ANALYSE ET L'ÉVALUATION DU RISQUE PROFESSIONNEL

Lieu de l'enquête (préciser le ou les postes de travail, l'atelier ou l'installation concernés, la nature des fabrications) :

Agent chimique, physique, biologique ou autre susceptible d'être mis en cause :

• Nature : _____

• Exposition :

– caractères mesurables (le cas échéant, mesures quantitatives et/ou qualitatives effectuées) :

– circonstances favorisant (procédé de travail, température, aération, conditions générales de travail) :

– nombre de salariés exposés et durée d'exposition (préciser par jour ou par semaine) :

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Mesures de prévention préconisées et suites données (notamment actions de formation appropriées) :

Autres observations : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête :

_____ Date de l'enquête : _____ J M A

*Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant*

*Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*

**RELATIVE À UNE SITUATION DE TRAVAIL
RÉVÉLANT UN RISQUE DE MALADIE PROFESSIONNELLE
OU À CARACTÈRE PROFESSIONNEL GRAVE**

(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LE FAIT GÉNÉRATEUR DE L'ENQUÊTE

S'il s'agit d'une déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnel, mentionner :

tableau n° _____ ou rubrique n° _____

Date de la déclaration : _____

(art. R 461.3 du code de la Sécurité sociale art. 50 du décret n° 73-598 du 29 juin 1973 du Code rural)

L'ANALYSE ET L'ÉVALUATION DU RISQUE PROFESSIONNEL

Lieu de l'enquête (préciser le ou les postes de travail, l'atelier ou l'installation concernés, la nature des fabrications) :

Agent chimique, physique, biologique ou autre susceptible d'être mis en cause :

• Nature : _____

• Exposition :

– caractères mesurables (le cas échéant, mesures quantitatives et/ou qualitatives effectuées) :

– circonstances favorisant (procédé de travail, température, aération, conditions générales de travail) :

– nombre de salariés exposés et durée d'exposition (préciser par jour ou par semaine) :

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Mesures de prévention préconisées et suites données (notamment actions de formation appropriées) :

Autres observations : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête :

_____ Date de l'enquête : _____ J M A

*Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant*

*Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*

**RELATIVE À UNE SITUATION DE TRAVAIL
RÉVÉLANT UN RISQUE DE MALADIE PROFESSIONNELLE
OU À CARACTÈRE PROFESSIONNEL GRAVE**

(Arrêté du 15 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 8 août 1986 - Code du Travail : art. L 236.7 alinéa 5)

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire

L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse de l'établissement : _____

Activité économique : _____ Code APE : _____ Effectif du personnel occupé : _____

LE FAIT GÉNÉRATEUR DE L'ENQUÊTE

S'il s'agit d'une déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnel, mentionner :

tableau n° _____ ou rubrique n° _____

Date de la déclaration : _____

(art. R 461.3 du code de la Sécurité sociale art. 50 du décret n° 73-598 du 29 juin 1973 du Code rural)

L'ANALYSE ET L'ÉVALUATION DU RISQUE PROFESSIONNEL

Lieu de l'enquête (préciser le ou les postes de travail, l'atelier ou l'installation concernés, la nature des fabrications) :

Agent chimique, physique, biologique ou autre susceptible d'être mis en cause :

• Nature : _____

• Exposition :

– caractères mesurables (le cas échéant, mesures quantitatives et/ou qualitatives effectuées) :

– circonstances favorisant (procédé de travail, température, aération, conditions générales de travail) :

– nombre de salariés exposés et durée d'exposition (préciser par jour ou par semaine) :

L'ENQUÊTE DU COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Mesures de prévention préconisées et suites données (notamment actions de formation appropriées) :

Autres observations : _____

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête :

_____ Date de l'enquête : _____ J M A

*Signature du président,
le chef d'établissement ou son représentant*

*Signature du représentant du personnel
au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*