

ATTESTATION D'EXPOSITION

VOLET 1 – ELEMENTS D'IDENTIFICATION

(A remplir par l'employeur)

SALARIE :

NOM-Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....
.....

Code Postal :

Ville :

ETABLISSEMENT :

RAISON SOCIALE :

N° de SIRET :

Adresse :

.....
.....

Code Postal :

Ville :

MEDECIN DU TRAVAIL :

NOM-Prénom :

Adresse du Service Médical :

.....
.....

Code Postal :

Ville :

Tél. :/...../...../...../.....

Fait à, le/...../.....

Le Médecin du Travail,
(Nom-Prénom, Signature)

Le Chef d'entreprise,
(Nom-Prénom, Signature)

VOLET 2 – INFORMATIONS FOURNIES PAR L'EMPLOYEUR ET LE MEDECIN DU TRAVAIL

(A remplir par l'employeur et le médecin du travail)

IDENTIFICATION DE L'AGENT OU DU PROCEDE :

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

DESCRIPTION SUCCINTE DU (OU DES) POSTE(S) DE TRAVAIL :

DESCRIPTION	DEBUT EXPOSITION	FIN EXPOSITION

DATE ET RESULTATS DES EVALUATIONS ET MESURES DES NIVEAUX D'EXPOSITION SUR LES LIEUX DE TRAVAIL :

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

MESURES DE PREVENTION PRISES :

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

VOLET 3 – INFORMATIONS FOURNIES PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL :

CONFIDENTIEL

(A remettre au salarié, destiné au Médecin Traitant et au Médecin Conseil)

NOM-Prénom :

Salarié de l'ENTREPRISE :

EXPOSE A :

SUIVI MEDICAL de/...../..... à/...../.....

CONSTATATION LORS DE CE SUIVI MEDICAL :

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

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DU RISQUE :

DATES	NATURE DES EXAMENS	RESULTATS

DATE ET CONSTATATIONS DU DERNIER EXAMEN MEDICAL EFFECTUE AVANT LA FIN DE L'EXPOSITION :

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

AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES :

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

Fait à, le/...../.....

Docteur

(Signature du Médecin du Travail)