

ATTESTATION INDIVIDUELLE D'EXPOSITION AUX AGENTS CHIMIQUES CANCEROGENES, MUTAGENES, REPROTOXIQUES

à remplir par l'Entreprise, à remettre au salarié et au Service de Prévention et de Santé au Travail

Entreprise :

Adresse :

N° de SIRET :

N° Adhérent :

Médecin du travail :

Salarié :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Poste(s) de travail	Substances CMR	Nature des travaux	Produits Concernés	Période d'exposition (Début et fin)	Expositions mesurées	Moyens de protection collective (Ex : Aspiration à la source)	Moyens de protection individuelle

Date de réalisation :

Pour l'Entreprise :

Prénom & Nom, Fonction, Signature