

PRODUITS DANGEREUX

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Description précise des activités :

Lieu de travail :

EMPLOYEUR

Nom, adresse et N° SIREN de la société qui vous emploie :

Activité de l'entreprise :

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

Etes-vous en contact avec (cochez les cases correspondantes et précisez les noms des produits) ?

Explosifs
Lesquels ?

Produits inflammables
Lesquels ?

Produits radioactifs : zone contrôlée zone surveillée
Lesquels ?

Travailleur : catégorie A B

Résultat de la dernière dosimétrie individuelle annuelle : mSv

Bactéries, virus
Lesquels ?

Acides
Lesquels ?

Produits alcalins
Lesquels ?

Solvants
Lesquels ?

Autres
Lesquels ?

