

Entreprise

Société :	
Forme juridique :	
Activité :	
Nombre de salariés :	
Téléphone :	
Adresse :	
Code postal	

Horaires de travail

	Matin	Après midi
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

Caisse des congés payés

Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	

Convention collective

Intitulé :	
Lieu de consultation :	
Modalités de consultation :	

Médecine du travail

Société :

Adresse :

Téléphone :

Docteur

Numéros d'urgence

SAMU	15
Police :	17
Sapeurs-pompiers :	18
Appel d'urgence :	112
Discrimination :	08 1000 5000

Centre anti poison :
SOS Mains :
Urgence Eau :
Urgence Electricité :
Urgence Gaz :

Inspection du travail

M ou Mme :

Adresse :

Téléphone :

Document unique d'évaluation des risques professionnels

Lieu de consultation :

Règlement intérieur (Entreprises de plus de 19 salariés)

Lieu de consultation :

Accords collectifs de travail (Eventuellement)

Objet :

Date de signature

