

**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 favorisantes (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 favorisantes (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 : \_\_\_\_\_

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 favorisantes (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 : \_\_\_\_\_

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