

# ATTESTATION D'EXPOSITION AUX CMR/ACD

(CMR : agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques – ACD : agents chimiques dangereux)

(A remplir par l'employeur puis par le médecin du travail selon les articles R4412-58, et à remettre au salarié lors de son départ de l'entreprise).

## **1 – SALARIE :**

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Code SS \_\_\_\_\_

Adresse : .....

## **2 – ENTREPRISE :**

Raison sociale de l'entreprise ou de l'établissement : .....

Code APE : \_\_\_\_\_ N° SIRET : .....

Adresse : .....

## **3 – MEDECIN DU TRAVAIL**

Nom du médecin du travail : .....

Tél. : 04 77 68 28 44 - Fax : 04 77 70 99 74

11 Petite rue des tanneries - 42300 Roanne



## **4 – INFORMATIONS FOURNIES PAR L'EMPLOYEUR**

Produit ou procédé : .....

Poste de travail : .....

Dates de début et fin d'exposition : .....

Dates et résultats des évaluations et mesures de l'exposition.....

Prévention : .....

## **5 – INFORMATIONS FOURNIES PAR LE MEDECIN**

Dates et constatations cliniques : .....

Dates et résultats des examens complémentaires : .....

Date et constatations du dernier examen médical avant cessation d'exposition :

## **6 – DATE DE DEPART DE L'ENTREPRISE**    \_\_ / \_\_ / \_\_

Le médecin du travail  
Date et signature

Le chef d'entreprise  
Date et signature