

## 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	<b>15</b>
Police :	<b>17</b>
Sapeurs-pompiers :	<b>18</b>
Appel d'urgence :	<b>112</b>
Discrimination :	<b>08 1000 5000</b>

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


