ANNÉE 2018 - LISTE DU PERSONNEL SUIVI INDIVIDUEL DE SANTÉ

Cachet de l'entreprise :	*Adresse du lieu de travail, si différente du siège social :*

Liste nominative en date du …… / …… / 2018

(Par ordre alphabétique)

NOM – Prénom – Nom Jeune Fille	**Date de naissance**	**Poste occupé**	**Code risque (Cf. notice jointe) ***

Document à nous retourner accompagné du formulaire d'adhésion. Merci.

* vous devez impérativement déclarer le/les risque(s) ou exposition(s) concernant chaque salarié.

Groupement **M**édico **S**ocial **I**nterprofessionnel
214, rue Edouard Daladier 84200 CARPENTRAS ☎ 04.90.67.65.65