

**LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL
A REMPLIR ET A RETOURNER**

**NOM DE L'ETABLISSEMENT
Ou COLLECTIVITE :**

NOM DE JEUNE FILLE	NOM	PRENOM	SEXE (F-M)	DATE DE NAISSANCE	DATE EMBAUCHE	A REMPLIR IMPERATIVEMENT					
						POSTE DE TRAVAIL	CODE CSP	CLASSIFICATION MEDICALE + RISQUE (s)			
								SIS	SIR1	SIR2	SIR3

MERCI DE VOTRE COLLABORATION