# **Informations générales à l'attention du personnel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inspecteur du travail**  Nom : <PUBLIPOSTAGE>  Téléphone : <PUBLIPOSTAGE>  Adresse : <PUBLIPOSTAGE> | **Médecin du travail / Service de santé au travail**  Téléphone : <PUBLIPOSTAGE>  Adresse : <PUBLIPOSTAGE> | **Services de secours d'urgence**  **(Pompiers – SAMU)**  Téléphone : <PUBLIPOSTAGE>  Adresse : <PUBLIPOSTAGE> |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Horaires d’ouverture de l’établissement**  ***(heures limites d’accès et de sortie)*** | **Heure de début**  <PUBLIPOSTAGE> | **Heure de fin**  <PUBLIPOSTAGE> |

**Document unique d’évaluation des risques**

La dernière version du document unique d'évaluation des risques a été mise à jour le ..../...../......

Modalités de consultation : ***(à compléter)***