# **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)***