	DATE DE MISE A JOUR DU DOCUMENT	OBSERVATIONS	NOM DU RÉDACTEUR	VISA DU RÉDACTEUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Signature de l'employeur :

Date :

IDENTIFICATION DES DANGERS OU RISQUES DANS L'UNITÉ DE TRAVAIL (1)	RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS DANS L'UNITÉ DE TRAVAIL	MAÎTRISE DES RISQUES PROFESSIONNELS/MESURES DE PRÉVENTIONS ET DE PROTECTION DANS L'UNITÉ DE TRAVAIL AMÉNAGEMENTS ÉVENTUELS (2)	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			20
			21

(1) et **(2)** : Se reporter aux informations complémentaires dans le préambule