



Demande d'avis en matière d'exposition à des maladies professionnelles
(mission préventive de Fedris)

Nom de l'entreprise :

Responsable / directeur :

Adresse du siège administratif :

.....

Adresse du siège d'exploitation :

.....

Numéro ONSS : _____ - _____

Nature des activités :

Nom conseiller en prévention :

N° tél. personne de contact :

E-mail personne de contact :

Nom du MT-CP :

E-mail du MT-CP :

Nom du SEPPT :

Adresse SEPPT :

.....

Nature de l'intervention souhaitée:

.....

.....

Motif de l'intervention:

.....

.....

.....

Date:

Nom, fonction et signature du demandeur:

Vous pouvez envoyer le formulaire de demande à prevention@fedris.be OU vous pouvez l'envoyer à Fedris, Secrétariat Détermination du risque, Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles