Nombre de Salariés { VIP **(1)** _____ / SIR **(2)** _____

TOTAL..... [ ]

(1) Visite Information Prévention
(2) Suivi Individuel Renforcé

EMPLOYEUR _____

Adresse _____

PROFESSION _____ Nom du correspondant _____

Téléphone _____ Fax _____

Code N.A.F. _____ **Mél** _____

Cadre réservé à l'A.M.I.

RÉFÉRENCE _____

CENTRE DE VISITE _____

MÉDECIN RESPONSABLE _____

N O M	PRÉNOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	Emploi occupé	VIP *	SIR *	A D R E S S E	N° Sécurité Sociale

*** Indiquer par une croix les salariés VIP ou SIR**