

**Maladie Professionnelle n°57 ou 69 (\*), de M**

<b>Description des activités</b>	<b>Description des postures et des gestes effectués</b>	<b>Précision du caractère répétitif et forcé des mouvements</b>	<b>Fréquences de ces mouvements</b>	<b>Autre</b>

**EMPLOYEUR**

**NOM – PRENOM – SIGNATURE – CACHET et DATE**

**INTERESSE(E) :**

**NOM – PRENOM – SIGNATURE et DATE**

*\* Entourer le numéro du Tableau correspondant*

