












Demande d'avis pour introduction d'un nouveau produit chimique

ADHERENT :

Nom du demandeur :	Date de révision de la FDS : <i>(document à joindre impérativement à cette demande)</i>	DATE :
Nom du produit chimique : Type de produit et forme physique :		Fabricant : Numéro de téléphone, adresse...
Remplacement d'un autre produit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui lequel :		
Lieu d'utilisation (atelier / poste) :		
Nombre d'utilisateurs du produit : Utilisation annuelle estimée (quantité / fréquence) :		
Lieu de stockage :		
Quantité et conditions de stockage (type de contenant, volume ...) :		
Pictogrammes de danger selon le règlement (CE) N° 1272/2008 (cf section 2.2 de la FDS) :		
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
Produit CMR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Catégorie <input type="checkbox"/> 1A/1B <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Non Concerné		
Description de l'utilisation du produit :		
Equipements de protection individuelle requis (préciser type : matière, catégorie...) :		
Protection corporelle :		
Protection respiratoire :		
Protection des yeux :		
Protection des mains :		
Avis du médecin du travail* : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable		
<small>* Cet avis ne se substitue pas à la prise en compte de l'article R.4412-6 du Code du Travail et est rendu pour une utilisation du produit conforme aux préconisations émises par le fournisseur</small>		
Restrictions / commentaires :		
Date :	Signature :	