



DOSSIER D'ADHESION

5A Rue Victor Sellier
25041 BESANCON Cedex
Tél : 03.81.47.93.93

Pour plus d'info
Rendez-vous sur notre site
www.ast25-sante-travail.fr

*Vous êtes une ENTREPRISE ou
vous avez une SUCCURSALE ou UN
SALARIE DETACHE
DANS NOTRE ZONE
GEOGRAPHIQUE*

Vous ne relevez ni du Bâtiment, ni du Régime Agricole et vous dépendez de notre secteur géographique* : **vous dépendez donc de notre Service de Santé au Travail.**

IMPORTANT : Votre adhésion ne sera effective, et la responsabilité de notre service ne sera engagée, qu'après réception du dossier complet accompagné du règlement. Nous vous remercions d'en prendre bonne note.

Questionnaire Administratif

Motif d'adhésion : 1^{ère} adhésion Ré-adhésion (ancien n° adhérent) :
 Reprise d'activité / Indiquer le prédécesseur :
 Déménagement / Médecin et Service de Santé précédents :
A quelle date a eu lieu ce changement ?

ÉTABLISSEMENT CONCERNE PAR LA DEMANDE D’AFFILIATION (Cocher la case correspondante):

Le siège social / l'établissement principal L'établissement secondaire

Forme juridique : Entreprise individuelle EURL SARL SA SAS Association

Autre (A préciser) :

Secteur : Privé Public

Raison Sociale :

Nom du représentant légal :

Nom de l'enseigne commerciale :

Fonction :

Adresse de l'établissement :

N° de SIRET :

Activité de l'entreprise :

NAF :

Téléphone :

Portable :

Fax :

Mail :

Avez-vous déjà des établissements affiliés auprès de notre service ? Oui Non

Si oui, sous quel(s) code(s) adhérents ? :

Existe-t-il un CSE*/CSCT** ? Oui Non

Avez-vous réalisé votre DUER*** ? Oui Non

EN CAS D'ADRESSE DE CORRESPONDANCE DIFFERENTE DE CELLE DE L'ETABLISSEMENT ? RENSEIGNER CI-DESSOUS (Cocher la case correspondante):

ADRESSE ADMINISTRATIVE	ADRESSE DE CONVOCATION	ADRESSE DE FACTURATION
<input type="checkbox"/> SIEGE <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT	<input type="checkbox"/> SIEGE <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT	<input type="checkbox"/> SIEGE <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT
Nom du responsable :	Nom du responsable :	Nom du responsable :
Ligne directe :	Ligne directe :	Ligne directe :
Mail :	Mail :	Mail :

ANNEXE POUR DEMANDE D'ADHESION DE PROXIMITE SALARIES ELOIGNES

Les éléments ci-dessous sont indispensables pour la prise en compte de votre demande d'affiliation auprès de notre service.
Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Conformément aux articles D. 4625-25, D. 4625-26, D. 4625-27 du Code du travail et comme précisé dans l'article D. 4625-28 « *dans le cadre d'une adhésion de proximité pour salariés éloignés, l'employeur doit lors de son adhésion, communiquer au Service de Santé au Travail de proximité, les informations suivantes* » :

➤ **La liste des travailleurs concernés dont ceux relevant d'un suivi individuel renforcé :**

Compléter dans son intégralité la déclaration des effectifs jointe au dossier d'adhésion (page 5).

➤ **L'adresse du site d'intervention ou l'adresse de chaque salarié situé sur notre zone géographique, s'il n'existe pas de site d'intervention :**

Raison sociale du site d'intervention OU Nom et Prénom du Salarié	Adresse	Code Postal	Ville

➤ **La fiche entreprise prévue à l'article D. 4624-27 du Code du travail : « pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés ». À joindre obligatoirement au dossier d'adhésion.**

Dans le cadre du Décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, elle est indispensable dans un contexte encadrant particulièrement les procédures d'inaptitudes.

Date de la fiche entreprise :

➤ **Les coordonnées du Service de Santé au Travail principal et du médecin du travail :**

Nom du SST principal :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Nom et Prénom du Médecin du travail

N° Tél :

Mail :

MODALITES DE SUIVI DES SALARIES

Le règlement intérieur d'AST 25, conformément à l'article D.4622-22 du Code de travail, prévoit que le responsable d'entreprise a pour obligation d'indiquer au médecin du travail qui assure le suivi des salariés, la liste des risques professionnels auxquels ils sont réellement exposés, en cohérence avec le document unique d'évaluation des risques professionnels.

C'est pourquoi nous vous demandons de déclarer vos salariés en complétant la liste jointe et en vous référant aux tableaux ci-dessous.

SUIVI INDIVIDUEL SIMPLE - SIS

Les salariés non exposés à des risques et situations particulières, bénéficient d'une Visite d'Information et de Prévention (VIP).

- A l'embauche : **au plus tard dans les 3 mois après la prise de poste** (2 mois pour les apprentis)
- **Au moins tous les 5 ans** (2 ans pour les intérimaires)

1	Pas de risque particulier
---	---------------------------

SUIVI INDIVIDUEL ADAPTÉ - SIA

Les salariés hors risques particuliers exposés à l'une des situations ci-dessous, bénéficient d'une Visite d'Information et de Prévention (VIP).

- A l'embauche : **préalablement à l'affectation au poste**
- **Au moins tous les 3 ans**

2	Moins de 18 ans	6	Salariés titulaire d'une pension d'invalidité
3	Agents biologiques groupe 2	7	Salarié reconnu en qualité de travailleur handicapé
4	Champs électromagnétiques	8	Travail de nuit
5	Femmes enceintes et/ou allaitantes		

SUIVI INDIVIDUEL RENFORCÉ - SIR

Les salariés exposés à l'un des risques ci-dessous bénéficient d'un examen médical d'aptitude (EMA) ou d'une visite intermédiaire.

- A l'embauche : **préalablement à l'affectation au poste**
- **Au moins tous les 2 ans**, une visite intermédiaire est effectuée au maximum à 2 ans puis un nouvel examen médical d'aptitude à 2 ans maximum.

9	Moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux	15	Milieu Hyperbare
10	Agents biologiques groupe 3 et 4	16	Montage/Démontage d'échafaudages
11	Agents CMR (cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction)	17	Plomb
12	Amiante	18	Rayonnements ionisants (cat. A)
13	Autorisation de conduite (CACES)	19	Rayonnements ionisants (cat. B)
14	Manutentions manuelles inévitables	20	Habilitations électriques

DECLARATION DES EFFECTIFS

Jours, heures et périodes de rendez-vous préférentiels et/ou à éviter pour le suivi médical

De préférence :

A éviter :

	Nom d'usage (par ordre alphabétique) et Prénom	Nom de naissance	Date de Naissance	Code PCS	Poste occupé	Date d'embauche	Nature du Contrat	SIS	SIA	SIR	N° de risque(s)
EXEMPLE	XXXXXX Yyyyyyy	WWWWWW	25/01/1990	652a	Cariste	30/09/2019	CDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12
1								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTAL SALARIES PAR CATEGORIE											
TOTAL GENERAL											

Raison Sociale :

Nom de l'enseigne commerciale :

COTISATION :

	MONTANT H.T.	Multiplié par	Nombre de Salariés	TOTAL H.T
SALARIE (Hors apprentis) avec droit d'entrée	108.00 €	X		
APPRENTI avec droit d'entrée	96.00 €	X		
		TOTAL HT		
		TVA 20%		
		TOTAL TTC		

CHOIX DU MODE DE REGLEMENT :

Virement

IBAN : FR76 3000 4010 2200 0208 9346 876

BIC : BNPAFRPPXXX

Chèque Bancaire (joindre le chèque à votre dossier)

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

De l'entreprise :

Déclare adhérer, à l'AST 25.

Cette adhésion relative à l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur de l'AST 25 en vigueur qui découlent des décisions prises en Assemblée Générale. Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction.

Cachet de l'entreprise

Fait à :

Le :

Signature :
(Faire précéder de la mention «**Lu et approuvé**»)