

DOSSIER D'ADHESION

OFFRE SOCLE DE SERVICE

A remplir si :

- Vous dépendez bien de notre **secteur géographique**
(voir la [liste des communes](#) sur notre site internet)
- Vous ne relevez :
 - ni du Bâtiment/Travaux Publics,
 - ni du Régime Agricole
- Vous n'êtes **pas une agence d'intérim** → sinon voir dossier spécifique
- Vous n'êtes **pas un particulier employeur** → sinon voir dossier spécifique
- Vous n'êtes **pas un travailleur isolé** → sinon voir dossier spécifique

IMPORTANT : Pour la prise en compte de votre adhésion

Nous retourner impérativement :

- ☐ Ce **dossier d'adhésion** entièrement complété
- ☐ Le **règlement** choisi :
 - Chèque (**à joindre obligatoirement**)
 - Virement* – Date : __ / __ / ____

*Bien libeller le virement au nom de la raison sociale mentionnée dans le dossier et indiquer le n° SIRET

L'adhésion ne sera effective, qu'après réception du **dossier complet
accompagné du règlement.**

Questionnaire Administratif

Motif d'adhésion :

- ☐ 1^{ère} adhésion ☐ Ré-adhésion – Indiquer l'ancien n° adhérent :
- ☐ Reprise d'activité* – Indiquer : Nom du prédécesseur :
 N° adhérent :
- ☐ Déménagement* – Indiquer : Nom du Médecin du travail précédent :
 Nom du Service de Santé précédent :
- *A quelle date a eu lieu ce changement ? __ / __ / ____

Informations générales de l'Etablissement de notre secteur géographique concerné par la demande d'adhésion

- L'établissement est :** ☐ Le siège social / l'établissement principal
 ☐ L'établissement secondaire
- Forme juridique :** ☐ Entreprise individuelle ☐ EURL ☐ SARL ☐ SA ☐ SAS ☐ Association
 ☐ Autre (A préciser) :
- Secteur :** ☐ Privé ☐ Public (*Merci de contacter AST25 avant de remplir le dossier d'adhésion*)
- Raison sociale :**
- Nom de l'enseigne commerciale :**
- Nom et Prénom du dirigeant :**
- Adresse :**

- Code postal :** **Ville :**
- N° SIRET :**
- Activité de l'entreprise :**
- NAF :**
- Téléphone :** **Portable :**
- Mail :**

¹servira aux médecins du travail à contacter l'entreprise

- Avez-vous déjà des établissements affiliés auprès de notre service ? ☐ Non ☐ Oui - sous quel(s) code(s) adhérents ? :
- Existe-t-il un **CSE** (Comité Social et Economique) /**CSSCT** (Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail) ?
- ☐ Non ☐ Oui – mail du CSE/CSSCT :

- Avez-vous réalisé votre **DUERP** (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) ?
☐ Non ☐ Oui

Si OUI merci de le transmettre par mail à : service.adherents@ast25.fr

Nom et prénom du contact :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Mail² :

²*Servira pour l'envoi des convocations*

Informations de **FACTURATION** (si différentes des informations générales)

Nom et prénom du contact :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Mail³ :

³*Servira pour l'envoi de la confirmation adhésion et tout envoi factures/appel de cotisation*

Informations de **COMMUNICATION**

(pour recevoir la newsletter, des invitations à des réunions ou sensibilisations, des actualités...)

Mail(s) :

DECLARATION DES EFFECTIFS

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 lister vos salariés et les risques auxquels ils sont exposés en complétant le tableau ci-dessous et en vous référant aux tableaux de synthèse du suivi individuel en [annexe 1](#).

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

De préférence : **A éviter :**

	Nom d'usage (par ordre alphabétique) et Prénom	Nom de naissance	Date de Naissance	Poste occupé	SIS	SIA	SIR	N° des risques (Obligatoire)
EXEMPLE	XXXXXX Yyyyyyy	WWWWWW	25/01/1990	Cariste	☐	☐	☒	R7
1					☐	☐	☐	
2					☐	☐	☐	
3					☐	☐	☐	
4					☐	☐	☐	
5					☐	☐	☐	
6					☐	☐	☐	
7					☐	☐	☐	
8					☐	☐	☐	
9					☐	☐	☐	
10					☐	☐	☐	
11					☐	☐	☐	
12					☐	☐	☐	
TOTAL SALARIES PAR CATEGORIE								
TOTAL GENERAL								

COTISATION / PRE-FACTURE

① Ce document tient lieu de pré-facture

MONTANT DE LA COTISATION OFFRE SOCLE DE SERVICES

① Cotisation due pour l'année civile de l'adhésion, quelle que soit la date d'adhésion.

Les frais de dossier sont inclus (uniquement au moment de l'adhésion)

① Chaque année suivant l'adhésion, en janvier, l'adhérent devra déclarer ses effectifs et régler la cotisation correspondante (Voir règlement intérieur)

Date :

	MONTANT Hors Taxe	Multiplié par	Nombre de Salariés	TOTAL H.T
SALARIE (Hors apprentis)	108.00 €	X		
APPRENTI	96.00 €	X		
TOTAL HT				
+ TVA 20%				
TOTAL TTC				

CHOIX DU MODE DE REGLEMENT :

① L'adhésion ne sera effective qu'après réception du **dossier complet accompagné du règlement**

☐ **Virement** ① Bien libeller le virement au nom de la raison sociale mentionnée dans le dossier et n° SIRET.

IBAN : FR76 3000 4010 2200 0208 9346 876	BIC : BNPAFRPPXXX
--	-------------------

☐ **Chèque Bancaire** (Envoyer le chèque et le dossier par voie postale)

Engagement adhérent

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

de l'entreprise :

déclare adhérer au service de prévention et de santé au travail AST25 et **m'engage à alimenter et mettre à jour le portail adhérent.**

Cette adhésion vaut l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur en vigueur d'AST25 (Disponible sur le site internet d'AST25). Elle sera reconduite d'année en année par tacite reconduction.

Les données collectées dans ce dossier d'adhésion font l'objet d'un traitement informatique placé sous la responsabilité d'AST25 dans le respect de la Règlementation sur le Traitement des Données Personnelles (RGPD)

Je suis informé que :

- si je souhaite déléguer la gestion de mon adhésion **à un cabinet comptable**, je dois lui créer un accès sur le portail adhérent ou remplir et transmettre à AST25 la procuration disponible en [annexe 2](#).
- le suivi individuel des salariés reste sous la responsabilité de l'adhérent même s'il est réalisé par AST25 et qu'il m'appartient de bien transmettre les convocations aux visites à mes salariés en leur rappelant le caractère obligatoire de celles-ci, voire encore d'user de mon pouvoir disciplinaire en cas de manquement des salariés à leurs obligations.

Fait à :

Le : __ / __ / ____

Signature du représentant légal

ANNEXE 1 : Tableau de synthèse du suivi individuel

Type de suivi	Situation	N° risque	Réglementation spécifique (code du travail)	Type de visite	Délai initial	Délai périodique	Professionnel effectuant la visite	Document remis
Suivi Individuel Simple (SIS) <i>(R4624-10 à 16)</i>	Cas général (non exposé aux risques et situations particulières listés ci-après)	S1		Visite d’Information et de Prévention (VIP)	Dans les 3 mois après la prise effective du poste	5 ans maximum	Professionnel de santé	Attestation de suivi
	Intérimaire (non exposé aux risques et situations particulières listés ci-après)	/	R4625-11			2 ans maximum <i>(pour 3 postes maximum)</i>		
	Apprenti (non exposé aux risques et situations particulières listés ci-après)	/	R6222-36		Dans les 2 mois après la prise effective du poste	5 ans maximum		
	Agents biologiques groupe 2	S2	R4421-3 ; R4426-7		Avant affectation au poste	5 ans maximum		
	Champs électromagnétiques	S3	R4453-25					
Suivi Individuel Adapté (SIA) <i>(R4624-17 à 20)</i>	- 18 ans	A1	R4624-18	Visite d’Information et de Prévention (VIP)	Avant affectation au poste	3 ans maximum	Professionnel de santé	Attestation de suivi
	Travail de nuit	A2	R4624-17 ; R4624-18 ; L3122-5					
	Reconnu travailleur handicapé	A3	R4624-17 ; R4624-20		Dans les 3 mois après la prise effective du poste	3 ans maximum	Orienté sans délai vers le Médecin puis suivi par prof. de santé	
	Titulaire d'une pension d'invalidité	A4	R4624-17					
	Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher	A5	R4624-19		À tout moment à sa demande		Orientée sans délai vers le Médecin	
Suivi Individuel Renforcé (SIR) <i>(R4624-21 à 28)</i>	- 18 ans affecté à des travaux interdits	R1	R4153-40	Examen Médical d’Aptitude (EMA)	Avant affectation au poste	1 an	Médecin	Avis d'aptitude
	Rayonnements ionisants catégorie A	R2	R4624-23 ; R4451-82					
	Rayonnements ionisants catégorie B	R3	R4624-23 ; R4451-57	EMA initial puis alternance avec Visite Intermédiaire (VI)		2 ans maximum	Médecin en initial puis en alternance avec professionnel de santé	Avis d'aptitude lors EMA Attestation de suivi lors visite intermédiaire
	Agents biologiques groupe 3 et 4	R4	R4624-23 ; R4421-3 ; R4426-7					
	Agents CMR (Cancérogènes, Mutagènes, toxiques pour la Reproduction)	R5	R4624-23 ; R4412-60					
	Amiante	R6	R4624-23					
	Autorisation de conduite (CACES)	R7	R4323-56					
	Manutentions manuelles inévitables	R8	R4541-9					
	Milieu hyperbare	R9	R4624-23					
	Chute de hauteur lors des opérations de montage/démontage d'échafaudages	R10	R4624-23					
	Plomb	R11	R4624-23 ; R4412-160					
	Travaux électriques sous tension	R12	R4544-10					

Annexe 2 : PROCURATION TIERS DECLARANT (Cabinets comptables)

Document à renvoyer signé à AST25 – Service adhésion (adresse ci-dessus)

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de représentant légal de l'entreprise :

Autorise AST25 à communiquer les codes télédéclarant et mot de passe d'accès au portail adhérent pour mon entreprise, au cabinet comptable :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

mail :

Fait à :

Le : __ / __ / ____

Signature