

# DOSSIER D'ADHESION

## AGENCE D'INTERIM

### PERSONNEL PERMANENT

#### A remplir si :

- Vous dépendez bien de notre **secteur géographique** (voir [liste des communes](#) sur notre site internet)
- Vous êtes **une agence d'intérim** et souhaitez adhérer **pour le suivi de vos salariés permanents**



Concernant les **salariés intérimaires** : ils seront rattachés à une autre subdivision, seront pris en charge par notre pôle intérimaires et facturés dans le trimestre qui suit la visite. Vous serez recontacté très prochainement par l'assistante du pôle intérimaires.

### **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<sup>ère</sup> adhésion      ☐ Ré-adhésion – Indiquer l'ancien n° adhérent : .....

---

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

Raison sociale : .....

Nom de l'enseigne commerciale : .....

Nom et Prénom du dirigeant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° SIRET : .....

NAF : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mail<sup>1</sup> : .....

*<sup>1</sup>servira 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](mailto:service.adherents@ast25.fr)*

---

## Informations de CONVOCATION aux visites pour les salariés permanents

(si différentes des informations générales)

Nom et prénom du contact : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail<sup>2</sup> : .....

*<sup>2</sup>Servira pour l'envoi des convocations*

# Questionnaire Administratif

---

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

Nom et prénom du contact : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail<sup>3</sup> : .....

<sup>3</sup> Servira pour l'envoi de la confirmation adhésion et tout envoi factures/appeal de cotisation

---

## Informations de COMMUNICATION

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

Mail(s) : .....

# DECLARATION DES EFFECTIFS (salariés permanents)

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<br>(par ordre alphabétique)<br>et Prénom | Nom de<br>naissance | Date de<br>Naissance | Poste occupé | SIS                      | SIA                      | SIR                                 | N° des risques<br>(Obligatoire) |
|------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| EXEMPLE                      | XXXXXX Yyyyyyy                                       | WWWWWW              | 25/01/1990           | Cariste      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R7                              |
| 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"/>            |                                 |
| 11                           |                                                      |                     |                      |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                 |
| 12                           |                                                      |                     |                      |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |                                 |
| 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 **pour les salariés permanents**. 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<br>Hors Taxe | Multiplié<br>par | Nombre de<br>Salariés | TOTAL H.T |
|-----------------------------|----------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| SALARIE<br>(Hors apprentis) | 108.00 €             | X                |                       |           |
| APPRENTI                    | 96.00 €              | X                |                       |           |
| TOTAL HT                    |                      |                  |                       |           |
| + TVA 20%                   |                      |                  |                       |           |
| <b>TOTAL TTC</b>            |                      |                  |                       |           |

### CHOIX DU MODE DE REGLEMENT :

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

## 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**