



## Action Santé au Travail du Doubs

Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises – Association déclarée n°43/2074 régie par la Loi de 1901

5A Rue Victor Sellier - 25041 BESANCON Cedex

Tél : 03.81.47.93.93 - [service.adherents@ast25.fr](mailto:service.adherents@ast25.fr)

[www.ast25-sante-travail.fr](http://www.ast25-sante-travail.fr)

# DOSSIER D'ADHESION

## PARTICULIER EMPLOYEUR

### A remplir si :

- Vous dépendez bien de notre **secteur géographique**  
(cf [liste des communes](#) sur notre site internet)
- Vous ne relevez :
  - o ni du Bâtiment/Travaux Publics,
  - o ni du Régime Agricole
- Vous êtes un **particulier employeur**

### **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.**

---

## Motif d'adhésion :

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

---

## Informations générales du **Particulier employeur**

Nom et Prénom du particulier employeur : .....

Adresse : .....

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

N° CESU : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

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

*<sup>1</sup>servira pour les convocations aux visites et l'envoi des factures.*

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)*

# 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	<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

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	108.00 €	X		
			+ TVA 20%	
			<b>TOTAL TTC</b>	

### 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 particulier employeur, 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.

Fait à : .....

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature

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