



## 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

### A remplir si :

- Vous ne relevez :
  - ni du Bâtiment/Travaux Publics,
  - ni du Régime Agricole
- Vous employez un **travailleur** sur notre **secteur géographique** (cf [liste des communes](#) sur notre site internet)

### **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 de l'entreprise employant les salariés travaillant sur notre secteur géographique concerné par la demande d'adhésion

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

<sup>1</sup>servira aux médecins du travail à contacter l'entreprise

## Informations annexes OBLIGATOIRES

La **fiche entreprise** prévue aux articles D. 4624-37 à 46 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 » **est nécessaire pour organiser le suivi des salariés isolés.**

### Disposez-vous d'une fiche entreprise ?

Non - Merci de vous rapprocher du service de prévention et de santé au travail de votre secteur pour la faire réaliser

Oui - Date de la fiche entreprise :

→ Joindre **OBLIGATOIREMENT la fiche entreprise** au dossier d'adhésion (ou l'envoyer par mail à [service.adherents@ast25.fr](mailto:service.adherents@ast25.fr))



**Le demande d'adhésion ne pourra être prise en compte tant que la fiche entreprise n'aura pas été communiquée**

## Informations concernant votre service de santé au travail

# Questionnaire Administratif

Nom du service de prévention et de santé au travail : .....

Adresse : .....

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

Nom et prénom du médecin du travail : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

---

## Informations de **CONVOCATION aux visites** (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*

---

## 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/appel de cotisation*

# 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 isolés 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	Adresse du site d'intervention ou de chaque salarié (de notre zone géographique)	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"/>	
<b>TOTAL SALARIES PAR CATEGORIE</b>									
<b>TOTAL GENERAL</b>									

# 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 ne sont dus qu'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
SALARIES	94.00 €	X		
FRAIS DE DOSSIER	50.00 €			50.00 €
			TOTAL HT	
			+ 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 : .....

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 communiquer mes identifiants pour l'accès au 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 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) (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 : .....

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**