

Je soussigné(e).....  
agissant en qualité de .....  
de l'entreprise :  
    . forme juridique.....  
    . raison sociale.....  
ayant pour activité .....  
dont le siège social est situé.....  
.....  
Téléphone .....  
Portable .....

déclare adhérer à l'Association Interentreprises de Santé au Travail 22 (AIST22) et m'engage à respecter les obligations résultant des statuts et du Règlement Intérieur dudit Service ainsi que des prescriptions législatives et réglementaires applicables aux établissements assujettis en matière de Médecine du Travail.

Pour tout signataire, autre que le représentant légal de l'entreprise, merci de joindre un justificatif précisant que celui-ci a délégation pour représenter l'entreprise.

Cette adhésion comporte de ma part l'engagement :

- ♦ de verser le droit d'entrée dont le montant est fixé chaque année par le Conseil d'Administration.  
Ce droit d'entrée est doublé pour toute entreprise qui n'a pas adhéré dans un délai de deux ans suivant l'embauche de son premier salarié.
- ♦ d'acquitter la cotisation annuelle qui est due pour tout salarié figurant à l'effectif de l'entreprise quel que soit le temps où celui-ci est attaché à l'entreprise. Toute entreprise n'ayant pas donné son adhésion dans un délai de deux ans, devra s'acquitter d'une cotisation au taux double (article 5 du R.I de l'AIST22).
- ♦ de rembourser au Service le coût des examens complémentaires légalement à la charge de l'employeur, qui ne sont pas couverts par la cotisation normale (article 5.8 du R.I de l'AIST22)
- ♦ de déclarer, annuellement (Déclaration Obligatoire des Effectifs), ses salariés sur le portail adhérent (site de l'AIST22).  
La déclaration est à valider sur ce portail adhérent avant le 31 janvier de chaque année (article 8.1.2 du RI de l'AIST22).
- ♦ de mettre à jour systématiquement sur le portail adhérent les entrées et sorties du personnel, et d'effectuer les demandes de visite (nouveau salarié, reprises de travail après maladies, accidents de travail, maladies professionnelles, congés de maternité) à réaliser dans les délais réglementaires.
- ♦ d'informer l'AIST22 de toutes modifications de coordonnées (article 8.1.3 du RI de l'AIST22) via le portail adhérents.
- ♦ de présenter le personnel aux visites médicales aux lieux et heures convenus, ou d'informer le service en cas d'impossibilité de se présenter.  
En effet, en cas d'absences non-excuses, le salarié n'est pas convoqué une deuxième fois.  
L'adhérent devra s'acquitter d'une pénalité, en sus de la cotisation, s'il souhaite que ces mêmes salariés soient à nouveau convoqués. Cette pénalité sera notifiée à l'adhérent immédiatement et par écrit. Son montant est fixé tous les ans par le Conseil d'administration. (article 8.2.1 du RI de l'AIST22)
- ♦ de m'assurer que les visites obligatoires du personnel sont régulièrement effectuées.
- ♦ de prendre toute mesure pour permettre au Médecin du Travail l'exercice de ses activités en milieu de travail.

Fait à ..... le .....  
Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé"  
SIGNATURE du Représentant légal de l'entreprise

**CACHET DE L'ENTREPRISE**

**Merci de nous renvoyer l'original de ce bulletin (pas de copie ni de scan)  
par voie postale – signature électronique non recevable**

## 1 – COORDONNEES PRINCIPALES :

### ÉTABLISSEMENT

SIRET |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CODE NAF |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

RAISON SOCIALE

.....

ENSEIGNE COMMERCIALE

.....

NOM DU CHEF D'ENTREPRISE

.....

PORTABLE DU DIRIGEANT

.....

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

.....

.....

CODE POSTAL.....

VILLE .....

TÉLÉPHONE .....

MAIL .....@.....

**«MAIL UTILISÉ POUR LA RÉCEPTION DES NOTIFICATIONS DU PORTAIL»**

CET ÉTABLISSEMENT FAIT PARTIE D'UN GROUPE ?

RAISON SOCIAL ET ADRESSE

.....

.....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

DATE DE CRÉATION DE L'ENTREPRISE : .....

REPRISE D'UNE ENTREPRISE EXISTANTE

DATE : .....

NOM DU PRÉDÉCESSEUR : .....

ACTIVITÉ SAISONNIÈRE

PÉRIODE D'OUVERTURE : .....

J'AI DÉJÀ ADHÉRÉ POUR CET ÉTABLISSEMENT (SIST- AIDAMT AIST22)

CODE ADHÉRENT : .....

## 2 – COORDONNÉES MÉDICALES :

### CONVOICATIONS ET ATTESTATIONS DE VISITE

IDEM COORDONNÉES PRINCIPALES

PERSONNE À CONTACTER : .....

ADRESSE.....

.....

CODE POSTAL .....VILLE .....

TÉLÉPHONE .....

PORTABLE .....

MAIL .....@.....

**« ASSUREZ-VOUS QUE LES MAILS SERONT CONSULTÉS QUOTIDIENNEMENT À TOUTES PÉRIODES DE L'ANNÉE »**

## 3 – COORDONNÉES DE FACTURATION

IDEM COORDONNÉES PRINCIPALES

PERSONNE À CONTACTER : .....

ADRESSE.....

.....

CODE POSTAL .....VILLE .....

TÉLÉPHONE .....

PORTABLE .....

MAIL : .....@.....

## MOTIF D'ADHESION

J'EMBAUCHE UN/DES SALARIÉ(S)

JE REPRENDS UNE ENTREPRISE AVEC DU PERSONNEL

JE DÉMÉNAGE

NOM DE VOTRE PRÉCÉDENT SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL : .....

L'UN DE MES SALARIÉS EST EN ARRÊT, SOUHAITE UNE VISITE, OR À CE JOUR JE NE SUIS PAS ADHÉRENT.

## LISTE DU PERSONNEL

### ETABLISSEMENT

RAISON SOCIALE .....

ENSEIGNE COMMERCIALE .....

NOM DU CHEF D'ENTREPRISE .....

Adresse de l'établissement .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TELEPHONE ..... PORTABLE .....

MAIL .....@.....

### CONTRAINTES DE CONVOCATION

Personne à contacter : .....

Horaires de travail : .....

Jour de fermeture : .....

Période de congés annuels : .....

Contraintes particulières : .....

NOM	PRENOM	NOM de NAISSANCE	Date de naissance jj/mm/aa	Date d'embauche	Type de contrat (CDI, CDD )	Durée du contrat	Code PCS	Poste de travail	Code(s) suivi individuel <i>(voir notice page suivante)</i>	REMARQUES

- Pour chaque salarié, toutes les colonnes doivent être remplies
- Codes PCS disponibles sur le site INSEE.FR

Le suivi individuel de santé est adapté aux risques professionnels, à l'âge et l'état de santé du salarié.

La périodicité des visites et examens médicaux est définie par le médecin du travail en fonction de ces critères et de la périodicité maximale imposée par la réglementation.

En fonction de l'activité exercée et des risques auxquels il est exposé, vous pouvez déclarer votre salarié en :

- Suivi Individuel Simple (SIS)
- Suivi individuel adapté (SIA)
- Suivi Individuel Renforcé (SIR)

(Décret n°2016-1908 du 27/12/2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail).

SUIVI INDIVIDUEL SIMPLE (S.I.S)	Code
Salarié sans risque particulier	SIS

SUIVI INDIVIDUEL ADAPTE (S.I.A)	Code risque
Salarié exposé aux agents biologiques pathogènes groupe 2	SIA001
Salarié exposé aux champs électromagnétiques	SIA002
Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante	SIA003
Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité	SIA004
Travailleur âgé de – 18 ans	SIA005
Travailleur de nuit au sens du code du travail	SIA006
Travailleur handicapé	SIA007

SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE (S.I.R)	Code risque
Salarié exposé aux agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R4421-3	SIR001
Salarié exposé aux agents Cancérogènes, Mutagènes ou Toxiques 1A et 1B pour la Reproduction (CMR) mentionnés à l'article R4412-60	SIR002
Salarié exposé à l'amiante	SIR003
Salarié titulaire d'une autorisation de conduite* article R4323-56 ( <i>ne concerne pas la conduite de véhicules légers et de poids lourds</i> ): grues à tour, grues mobiles, grues auxiliaires de chargement de véhicules, chariots automoteurs de manutention à conducteur porté, plates-formes élévatrices mobiles de personnes (PEMP, engins de chantiers télécommandés ou à conducteur porté.	SIR004
Habilitation électrique * article R4544-10	SIR005
Manutention manuelle inévitable (port de charges entre 55 et 105 kgs) article R4541-9	SIR006
Salarié exposé au plomb dans les conditions prévues à l'article R4412-160	SIR007
Salarié exposé aux rayonnements ionisants catégorie A	SIR008
Salarié exposé aux rayonnements ionisants catégorie B	SIR009
Salarié exposé au risque de chute en hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages	SIR010
Salarié exposé au risque hyperbare	SIR011
<b>SIR demandé par l'employeur</b> <i>La liste déterminée par voie réglementaire peut être complétée par l'employeur pour les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celle de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail après avis du Médecin du travail et du CSE. Cette liste doit être en cohérence avec l'évaluation des risques professionnels et le cas échéant la fiche d'entreprise. Elle doit être transmise au service de santé au travail et mise à disposition de l'inspecteur du travail et mise à jour tous les ans. L'employeur doit motiver par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste.</i>	SIR012
Salarié de - 18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés article R4153-40	SIR013



\* joindre obligatoirement une copie de l'attestation