

## DEMANDE D'ADHESION

Madame, Monsieur,

Pour donner suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint les imprimés nécessaires à votre inscription auprès de nos services.

Nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, accompagné de la liste de votre personnel, ainsi que la somme de 48.00 euros TTC qui correspond au droit d'entrée.

Dès réception du bulletin d'adhésion et du règlement du droit d'entrée, nous vous enregistrons en tant qu'adhérent.

Une facture de cotisation calculée sur le nombre de salariés vous sera adressée ultérieurement.

Cette cotisation comprend :

- le suivi médico-professionnel de vos salariés : visites médicales, examens complémentaires, traçabilité des expositions aux risques...
- l'ensemble des prestations en matière de prévention, mené par notre équipe pluridisciplinaire (médecins du travail, technicien hygiène et sécurité, infirmiers en Santé au Travail...) : fiche entreprise, études de poste, mesures et études des ambiances de travail (lumière, bruit, risque chimique), conseils en prévention auprès des employeurs et salariés, actions de sensibilisation, aide à la réalisation du document unique...

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

**La Présidente,**  
M.O. CAULIER

Je soussigné(e), après avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES D'ORTHEZ, tenus à ma disposition au siège de l'Association, **demande mon adhésion auprès de cette Association.**

**RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :** .....

**ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :**

.....  
.....

NOM DU RESPONSABLE : .....

ACTIVITE ET CODE NAF : .....

N° SIRET : .....

TELEPHONE : .....

EMAIL (administratif) : .....

EMAIL (convocation) : .....

**ADRESSE DE FACTURATION (si différente) :**

.....  
.....

TELEPHONE : .....

EMAIL (facturation) : .....

**DECLARATION DES EFFECTIFS (EXPLICATION AU VERSO) :**

**LISTE NOMINATIVE CI-JOINTE A COMPLETER IMPERATIVEMENT**

<b>Nombre de salariés</b>	
<b>SIS</b> <b>(Suivi Individuel Simple)</b>	
<b>SIA</b> <b>(Suivi Individuel Adapté)</b>	
<b>SIR</b> <b>(Suivi Individuel Renforcé)</b>	
<b>TOTAL</b>	

Le soussigné(e) déclare adhérer au SSTI d'Orthez et s'engage :

- à respecter les statuts et règlement intérieur de l'Association
- à effectuer les déclarations obligatoires
- à régler les cotisations fixées par le Conseil d'Administration de l'Association et le droit d'entrée de 48€ TTC.

Fait à

Le

Signature et Cachet de l'entreprise

**Cadre réservé Service**

N° Adhérent :

Docteur :

Convocation

D.E.

## CASES A COCHER OBLIGATOIREMENT

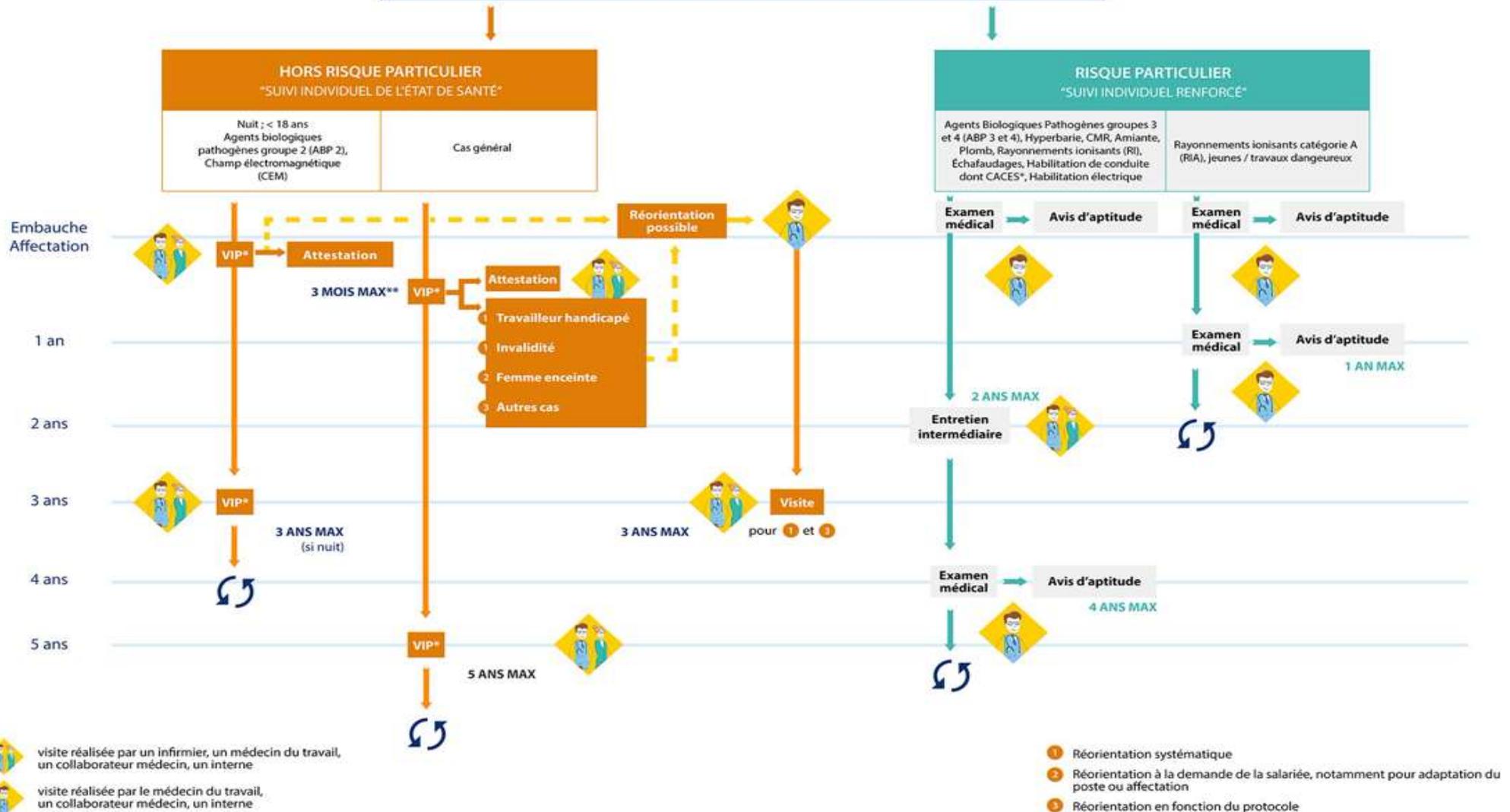
<b>LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL</b>						<b>SITUATION ET / OU EXPOSITION DES SALARIES (3)</b>														<b>Demande Visite Embauche (4)</b>							
						<b>SIS : Suivi Individuel Simple SIA : Suivi Individuel Adapté</b>							<b>SIR : Suivi Individuel Renforcé</b>														
Nom et Prénom	Date de Naissance	Date d'embauche	Poste de travail	Code CSP (1)	Type de contrat (2)	Pas de risque particulier	Travailleur < 18 ans	Travailleur handicapé	Tit. Pension Invalidité	Femme enceinte ou allaitante	Travailleur de nuit	Agents biologiques Groupe 2	Champs électromagnétiques	Moins 18 ans affectés Tvx Regl.	Rayonnements ionisants Cat A	Amiante	Plomb	CMR	Agents biologiques Gripe 3 et 4	Rayonnements ionisants Cat B	Risque Hyperbare	Montage / Démontage échaf.	Manutention manuelle > 55 kg	Habilitation conduite (CACES)	Habilitation électrique		

- (1) CSP : Catégories Socio Professionnelles
- (2) Type de contrat : CDI, CDD....
- (3) Cochez la ou les cases correspondantes à la situation de chacun des salariés
- (4) Cochez la case pour les salariés pour lesquels vous souhaitez une visite d'embauche.  
Si votre salarié est déjà à jour de sa visite, merci de nous communiquer sa dernière fiche.

**DATE** **CACHET** **SIGNATURE**

# SUIVI INITIAL ET PÉRIODIQUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ SOUS L'AUTORITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL

À PARTIR DU 01.01.2017



Visite médicale possible à tout moment, à la demande du salarié, de l'employeur, du médecin du travail.

\* CACES : Certificat d'Aptitude à la Conduite En Sécurité  
\* VIP : Visite d'Information et de Prévention  
\*\* À compter de la prise effective du poste

Pour préserver la lisibilité du schéma, n'ont pas été traités ici les cas particuliers suivants : les associations intermédiaires, les apprentis, les mannequins, les saisonniers.

## **MODERNISATION de la MEDECINE DU TRAVAIL**

(Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2017)

### **Suivi des salariés**

Votre salarié est exposé à :

- ♦ Amiante
- ♦ Plomb
- ♦ CMR catégorie 1A et 1B
- ♦ Rayonnements ionisants
- ♦ Agents biologiques groupes 3 et 4
- ♦ Risque hyperbare
- ♦ Risque chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages
- ♦ Examen d'aptitude spécifique (CACES, habilitations électriques, ...)
- ♦ Liste de l'employeur (sous conditions : avis du MdT et du CHSCT / liste transmise à ≠ organismes / mise à jour tous les ans / motivation par écrit)

#### **→ Suivi Individuel Renforcé**

*Examen médical avant prise de poste (par médecin du travail), puis visite intermédiaire tous les 2 ans (par infirmière ou médecin du travail), renouvellement de l'examen médical tous les 4 ans (par médecin du travail).*

---

Votre salarié est :

- ♦ Travailleur handicapé
- ♦ Travailleur titulaire d'une pension invalidité
- ♦ Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante

#### **→ Adaptation de Suivi**

*Visite d'Information et de Prévention dans les 3 mois après prise de poste (par le médecin du travail), puis renouvellement de la Visite d'Information et de Prévention (par le médecin du travail ou l'infirmière) tous les 3 ans.*

---

- ♦ Travailleur de nuit
- ♦ Mineur

#### **→ Adaptation de Suivi**

*Visite d'Information et de Prévention avant prise de poste (par le médecin du travail ou l'infirmière), puis renouvellement de la Visite d'Information et de Prévention (par le médecin du travail ou l'infirmière) tous les 3 ans.*

---

- ♦ Salarié n'entrant pas dans les catégories ci-dessus

**→ Visite d'Information et de Prévention** (par le médecin du travail ou l'infirmière) dans les 3 mois après la prise de poste, puis renouvellement de la Visite d'Information et de Prévention tous les 5 ans.

### **Visite de pré-reprise et de reprise**

La visite de pré-reprise est à l'initiative du médecin traitant, médecin conseil ou du salarié pour tout arrêt de travail supérieur à 3 mois. La visite de reprise est à effectuer dans un délai de 8 jours après la reprise du travail pour tout arrêt supérieur à 30 jours ou pour arrêt suite à maladie professionnelle. (L'employeur doit avertir le médecin du travail pour tout arrêt suite à accident de travail).

### **Visite occasionnelle**

Elle est effectuée à la demande de l'employeur, du salarié ou du médecin du travail.

### **L'inaptitude médicale**

Le médecin du travail constate une inaptitude médicale du salarié à son poste de travail que

- S'il a réalisé au moins un examen médical (le médecin estime si la 2<sup>ème</sup> visite est nécessaire)
- S'il a réalisé ou fait réaliser une étude de poste et une étude des conditions de travail dans l'établissement
- S'il a indiqué la date à laquelle la fiche entreprise a été actualisée
- S'il a procédé à un échange avec l'employeur

### **Procédure de contestation d'aptitude ou inaptitude médicale**

Le salarié ou l'employeur peut saisir, dans un délai maximum de 15 jours, le conseil de prud'hommes d'une demande de désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste des experts. Le demandeur en informe le médecin du travail