



DÉCLARATION D'ADHÉSION

Cadre réservé au service

DPAE

N° adhérent :

Référent :

Assistant :

Secteur / centre : /

Date de saisie :

1. Siège social

Enseigne commerciale :Forme juridique :

Raison sociale :

Successeur de :

Activité de l'entreprise :

Code NAF (4 chiffres + 1 lettre) : N° Siret :

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact siège social :

2. Facturation (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact facturation :

3. Etablissement concerné par le suivi santé travail (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact santé travail :

L'établissement dispose-t-il d'un CHSCT : Oui Non

L'établissement dispose-t-il de délégués du personnel : Oui Non

4. Envoi des convocations

Adresse d'envoi des convocations : Siège social Facturation Etablissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact convocations :

5. Envoi de la liste nominative pour la mise à jour des effectifs

Adresse d'envoi de la liste nominative : Siège social Facturation Etablissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact liste nominative :

6. Contraintes pouvant influencer sur l'organisation des visites médicales

7. Déclaration d'adhésion

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document et déclare, après en avoir pris connaissance, adhérer aux statuts de la Médecine du Travail de l'Aisne.

Les droits d'entrée fixés à 46,00 € H.T. sont à régler à réception de la facture.

Nombre de salariés déclarés :

(N'oubliez pas de joindre la liste nominative du personnel à votre déclaration d'adhésion)

Fait à : le

Signature et cachet de l'entreprise.

Documents à joindre à votre déclaration :

- Déclaration d'adhésion (ce document)
- Liste nominative
- Autorisation de prélèvement et RIB IBAN

Raison sociale :		Médicine du Travail de l'Aisne			Déclaration nominative d'effectif		Cadre réservé											
Adresse :							<input type="checkbox"/> Saisi <input type="checkbox"/> Archivage dossier fait Médecine du Travail de l'Aisne											
Code postal :					Effectif déclaré		<input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/> SIR <input type="checkbox"/> SIA TOTAL											
Ville :							Code NAF (APE) : Numéro SIRET :											
Téléphone :							Cochez la case si l'établissement relève de la Fonction Publique Territoriale : <input type="checkbox"/> Hospitalière : <input type="checkbox"/> d'Etat : <input type="checkbox"/>											
Email :																		
N°	Nom, nom marital, prénom	Date de naissance	Intitulé de l'emploi déclaré	Code PCS-ESE	Catégorie déclarée			SIR : Suivi individuel renforcé										Commentaires
1								Une ou plusieurs cases à cocher si déclaration du salarié en SIR										
2								SIA : Suivi individuel adapté										
3								<input type="checkbox"/> Salarié exposé à l'amiante <input type="checkbox"/> Salarié exposé au plomb <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux agents CMR (1) <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux agents biologiques des groupes 3 & 4 <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux rayons ionisants catégorie A <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux rayons ionisants catégorie B <input type="checkbox"/> Salarié exposé au risque hyperbare <input type="checkbox"/> Salarié exposé au risque de chute - montage/démontage d'échafaudages <input type="checkbox"/> Salarié avec autorisation de conduite (chariot élévateur, nacelle, ..) <input type="checkbox"/> Salarié travaillant sous tension (habilitation électrique) <input type="checkbox"/> Poste comportant des manutentions manuelles inévitables (+55 kg) <input type="checkbox"/> Salarié de moins de 18 ans - travaux interdits susceptibles de dérogation <input type="checkbox"/> Autres (nécessite l'avis du médecin du travail)										
4								<input type="checkbox"/> Travail de nuit <input type="checkbox"/> Salarié moins de 18 ans - hors travaux dangereux <input type="checkbox"/> Femme enceinte ou allaitante <input type="checkbox"/> Travailleur reconnu handicapé (RQTH) <input type="checkbox"/> Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Salarié exposé à des agents biologiques du groupe 2 <input type="checkbox"/> Salarié exposé à des champs électromagnétiques au-delà de la VLE										
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

