



DOSSIER D'ADHESION

Réservé à STLN : Nom du médecin : _____ N° Adhèrent : _____

- ✓ **Ce document est à nous retourner dûment rempli avec le règlement correspondant** selon la grille tarifaire jointe.
- ✓ Votre inscription deviendra effective dès réception du dossier d'adhésion et de l'encaissement de votre règlement.
- ✓ Une facture acquittée vous sera adressée.

Je soussigné

en qualité de :

représentant **l'entreprise** :

adresse siège social :

.....

.....

Téléphone : Fax :

Téléphone portable :

E-mail :

Contact administratif :

Statut juridique de l'Ets :

(ex : SA, SARL, Collectivité locale, Association, fonction publique, etc...)

Siret : APE/NAF :

Activité professionnelle détaillée :

.....

.....

.....

Mention obligatoire

Déclare adhérer, en qualité de membre participant, au Service de Santé au Travail Loire Nord et m'engage à en respecter les statuts et règlements.

Déclaration certifiée exacte le : _____

Signature et cachet

Nom du signataire : _____

Organisation de l'entreprise :

- S'agit-il d'une reprise ou fusion d'entreprise ? <i>(si oui, nom de l'ancienne entreprise)</i>	Non	Oui	<input type="text"/>
- Avez-vous plusieurs lieux d'activité dans la Loire (42) ? <i>(si oui, adresses des différents lieux)</i>	Non	Oui	<input type="text"/>
- Avez-vous différentes sociétés, holding, filiales déjà adhérentes à notre service ? <i>(si oui, nom et n° d'adhérent des autres sociétés)</i>	Non	Oui	<input type="text"/>
- Etes vous entreprise extérieure travaillant en permanence dans les locaux d'une autre entreprise ? <i>(si oui, nom de l'entreprise)</i>	Non	Oui	<input type="text"/>
- Avez-vous des entreprises extérieures travaillant en permanence dans vos locaux ? <i>(si oui, nom de l'entreprise)</i>	Non	Oui	<input type="text"/>

Si différentes de l'adresse du siège social :

<u>Adresse d'activité</u>		<u>Adresse de convocation</u>
.....	
.....	
<u>Adresse de facturation</u>		
.....		
.....		

Souhaitez-vous des précisions sur :

- nos interventions pluridisciplinaires :		
Sensibilisation, information (bruit, risques chimiques, conditions de travail en tertiaire dont le travail sur écran, ...)	Non	Oui
Métrologie (bruit, lumière, poussières, ...)	Non	Oui
- nos formations :		
Formations Secourisme (SST)	Non	Oui
Gestes et Postures (PRAP)	Non	Oui

Souhaitez-vous des documents sur :

L'évaluation des risques (Document Unique)	Non	Oui
La prévention (par branches professionnelles, par type de risques)	Non	Oui
Si oui, précisez votre demande :		
Autres		
.....		

LISTE DES SALARIES A L'ADHESION

Réservé à STLN : Nom du médecin : _____ N° Adhèrent : _____

Renseignements pour les convocations aux examens médicaux

Demi-journée ne vous convenant pas (au maximum 2) :

Mois de l'année ne vous convenant pas (au maximum 2) :

Nom de la personne responsable des visites médicales dans l'entreprise :
.....

Téléphone : Fax :

L'envoi des convocations se fait uniquement par e-mail :

e-mail : _____

EFFECTIF A L'ADHESION

Nombre de salariés en **suivi renforcé (SIR)**

Nombre de salariés en **suivi individuel simple (SIS)**

EFFECTIF TOTAL

Descriptif des catégories de risques (détails dans brochure jointe page 2)

Suivi Individuel Renforcé (SIR) :

- Salariés exposés principalement aux agents chimiques CMR, amiante, plomb, agents biologiques 3-4, rayonnements ionisants, chute de hauteur lors des phases de montage et démontage d'échafaudages, - 18 ans affectés à des travaux réglementés, manutention manuelle > à 55 kg
- Salariés avec habilitation électrique ou autorisation de conduite.

Suivi Individuel simple: (SIS)

- Salariés non concernés par les risques ci-dessus
Y compris travailleurs handicapés ou titulaires pension invalidité, travailleurs de nuit (suivi adapté).

Liste des salariés par ORDRE ALPHABETIQUE (ne pas inclure les salariés éloignés) à compléter en vous aidant de la brochure jointe (page 2)

	NOM et Prénoms (préciser le nom de jeune fille)	Date naissance	Poste	Date embauche	SIR/SIS	Code PCS-ESE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

Suite au verso

Liste des salariés par ORDRE ALPHABETIQUE (ne pas inclure les salariés éloignés) à compléter en vous aidant de la brochure jointe (page 2)

	NOM et Prénoms (préciser le nom de jeune fille)	Date naissance	Poste	Date embauche	SIR/SIS	Code PCS- ESE
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						