

DOSSIER D'ADHESION

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

- ✓ **Ce document est à nous retourner dûment rempli avec le règlement correspondant selon la grille tarifaire jointe. Une facture acquittée vous sera adressée.**
- ✓ Votre inscription deviendra effective dès réception du dossier d'adhésion et de l'encaissement de votre règlement.
- ✓ Les entreprises hors compétence géographique peuvent adhérer pour des **salariés travaillant dans notre secteur** (le lieu de résidence n'entre pas en compte), merci d'y joindre impérativement la fiche d'entreprise.

Raison sociale :

Siret : _____

Statut de l'Ets :
(ex : SA, SARL Territoriale, Association, fonction publique, etc...)

Adresse siège social :
.....
.....

Activité professionnelle détaillée : APE/NAF :
.....
.....

Nom du Dirigeant :

E-mail Téléphone _____

Contact administratif (si différent) :

E-mail Téléphone _____

Mention obligatoire

Le soussigné, déclare adhérer, en qualité de membre participant, au Service de Santé au Travail Loire Nord et s'engage à respecter les statuts et règlements (à disposition sur demande).

Certifié exacte le : _____ Signature et cachet

Organisation de l'entreprise :

- S'agit-il d'une reprise ou fusion d'entreprise ? Non Oui

(si oui, nom et n° adhérent de l'ancienne entreprise)

- Avez-vous plusieurs lieux d'activité dans la Loire (42) ? Non Oui

(si oui, adresses des différents lieux)

- Avez-vous différentes sociétés, holding, filiales déjà adhérentes à notre service ? Non Oui

(si oui, nom et n° d'adhérent des autres sociétés)

- Etes vous entreprise extérieure travaillant en permanence dans les locaux d'une autre entreprise ? (si oui, nom de l'entreprise) Non Oui

- Avez-vous des entreprises extérieures travaillant en permanence dans vos locaux ? Non Oui

(si oui, nom de l'entreprise)

Si différentes de l'adresse du siège social :

Adresse et mail d'activité

.....
.....

Adresse et mail de facturation

.....
.....

Adresse et mail de convocation

.....
.....

Souhaitez-vous des précisions sur (voir détail dans brochure d'information) :

- nos interventions pluridisciplinaires :

Sensibilisation, information (bruit, risques chimiques, conditions de travail en tertiaire dont le travail sur écran, ...) Non Oui

Météorologie (bruit, lumière, poussières, ...) Non Oui

Intervention ergonomique Non Oui

- nos formations :

Formations Secourisme (SST) Non Oui

Gestes et Postures (PRAP) Non Oui

Souhaitez-vous des conseils, des documents concernant :

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 de l'entreprise à l'adhésion : _____
 Nom du médecin : _____ Lieu _____ N° Adhèrent : _____
 Attribué le _____

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 e-mail :

Envoi des convocations uniquement par e-mail

Merci de remplir la liste des salariés par **ORDRE ALPHABETIQUE** (ne pas inclure les salariés éloignés) et ne pas oublier de noter le code PCS-ESE (nomenclature professionnelle de l'INSEE) en vous dirigeant sur notre site **espace adhésion** – <http://www.stln42.fr> ou sur www.insee.fr, ainsi que la catégorie de risques (SIR – SIS).

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, moins de 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.

Suivi Individuel adapté (SIA) : travailleurs handicapés ou titulaires pension invalidité, travailleurs de nuit, moins de 18 ans hors travaux réglementés.

Salariés en suivi individuel renforcé (SIR)

Salariés en suivi individuel adapté (SIA)

Salariés en suivi individuel simple (SIS)

EFFECTIF TOTAL A L'ADHESION

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

Suite au verso

Réservé à **STLN** : Nom de l'entreprise à l'adhésion : _____ N° Adhèrent : _____

	NOM et Prénoms (préciser le nom de jeune fille)	Date naissance	Poste	Date embauche	SIR/SIS SIA	Code PCS- ESE
11						
12						
13						
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						