



Antenne de Flers

Association de Santé au Travail du Bocage

CONTRAT D'ADHESION 2021

Raison sociale et adresse complète de l'établissement pour lequel l'adhésion est demandée
A compléter au stylo bille SVP

Cadre réservé au service administratif de SANTÉ TRAVAIL ASTB

Forme juridique :
Raison sociale :
Adresse :

Ville :

N°adhérent :
Centre :
Médecin du Travail :
Secrétaire Médicale :

Je soussigné(e) (Nom/Prénom)

Agissant en qualité de

Des établissements.....

Déclare adhérer à l'ASTB Place Pierre Séward 61100 Flers et après avoir pris connaissance, se conformer aux Statuts et Règlement Intérieur de l'Association et respecter la réglementation en vigueur.

M'engage à fournir impérativement les documents suivants :

- Les fiches de postes* mentionnant les tâches et activités au poste ainsi que les risques professionnels auxquels sont soumis les salariés.
- Les fiches de données de sécurité des produits chimiques utilisés
- Et périodiquement les fiches de prévention des expositions à certains facteurs de risques professionnels* (art.L4121-3-1).

* Modèles téléchargeables sur www.astif61.fr

Date :

Date :

Signature et cachet de la société :
(faire précéder le cachet de la société de la mention « lu et approuvé »)

Signature et cachet de l'ASTB

Conformément aux articles 34 et suivants de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez nous en informer par mail à l'adresse suivante : astif61@astif.fr

Renseignements concernant l'établissement pour lequel vous demandez votre adhésion

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Nom du chef d'entreprise :

Activité de l'entreprise :

Code SIRET

Code NAF

N°TVA intracommunautaire **FR**

Personne à contacter pour la surveillance médicale :

S'il agit d'une succession ou d'une reprise, préciser l'ancienne raison sociale :

Adresse de convocation pour les visites médicales (si différent de la 1ère page)

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal :

VILLE :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Personne à contacter pour les convocations :

Adresse de facturation (si différent de la 1^{ère} page)

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal :

VILLE :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Personne à contacter pour la facturation :

Répartition des salariés à suivre par notre Association (note explicative ci-dessous)

Effectif total :	Dont :
Suivi individuel de l'état de santé (NON SIR)	
Suivi individuel adapté de l'état de santé (SIA)	
Suivi individuel renforcé de l'état de santé (SIR)	

**N'oubliez pas de remplir la liste nominative du personnel
ci-jointe. Merci**

NOTE 1 SURVEILLANCE DECLAREE :

La surveillance médicale n'est pas la même pour tous. Elle est déterminée par l'employeur en fonction des risques particuliers de chacun des salariés.

Suivi individuel de l'état de santé (NON SIR)
Suivi individuel adapté de l'état de santé (SIA)
Suivi individuel renforcé de l'état de santé (SIR)

➤ *Bénéficiaire d'un **Suivi individuel renforcé SIR** les travailleurs exposés :*

- 1° A l'amiante ;
- 2° Au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 ;
- 3° Aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction mentionnés à l'article R. 4412-60 ;
- 4° Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R. 4421-3 ;
- 5° Aux rayonnements ionisants ;
- 6° Au risque hyperbare ;
- 7° Au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages.

II.-Présente également des risques particuliers tout poste pour lequel l'affectation sur celui-ci est conditionnée à un examen d'aptitude spécifique prévu par le présent code.

- < 18 ans avec travaux réglementés (R4153-40)
- Travaux sur installations électriques (R4544-10)
- Conduite de certains équipements (R4323-56)
- manutention manuelle de plus de 55 Kg (R4541-9)

III.-S'il le juge nécessaire, l'employeur **complète la liste des postes** entrant dans les catégories mentionnées au I. par des postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-2, après avis du ou des médecins concernés et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel s'ils existent, en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 et, le cas échéant, la fiche d'entreprise prévue à l'article R. 4624-46. Cette liste est transmise au service

de santé au travail, tenue à disposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi et des services de prévention des organismes de sécurité sociale et mise à jour tous les ans. L'employeur motive par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste.

➤ **Bénéficiaire d'un suivi individuel adapté** les travailleurs suivant :

- *Travailleurs de nuit*
- *Travailleurs exposés à des champs magnétiques si VLE dépassée*
- *Travailleurs exposés aux agents biologiques catégorie 2*
- *Travailleurs reconnus handicapés ou titulaires d'une invalidité*
- *Femmes enceintes, allaitantes ou venant d'accoucher*

Cotisation et tarifs

Le coût de l'adhésion au service est calculé selon l'effectif de chaque entreprise adhérente. Il inclut l'ensemble des dépenses liées aux actions collectives en milieu de travail ainsi que les dépenses liées au suivi individuel de l'état de santé des salariés de l'entreprise.

L'appel de cotisation est appelé annuellement.

Les cotisations ont été fixées pour 2021 :

LIEU	HORS TAXES	TOUTES TAXES
CENTRE	73,53 €	88,24 €
ENTREPRISE AVEC INFIRMIERE	69,22 €	83,07 €
ENTREPRISE SANS INFIRMIERE	74,11 €	88,94 €
CENTRES ANNEXES	84,49 €	101,39 €
ENT. DE TRAVAILLEURS TEMPORAIRES	84,49 €	101,39 €
ASSOCIATIONS INTERMEDIAIRES	60,50 €	72,60 €
LA FERTE MACE (- de 10 salariés)	76,14 €	91,37 €
LA FERTE MACE (+ de 10 salariés)	83,24 €	99,89 €
LA FERTE MACE (+ de 50 salariés)	83,24 €	99,89 €

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL

Identité du salarié (NOM de jeune fille, prénom, suivi du nom marital)	Sexe H/F	Né(e) le	Adresse	Type de contrat (CDD, CDI)	Poste de travail	Catégorie déclarée (cocher la case)		Date d'embauche
						SIR	NON SIR	

Remarque : Certains salariés doivent bénéficier d'un **suivi individuel adapté**, notamment **les travailleurs handicapés ou bénéficiant d'une invalidité (H)**, **les travailleurs de nuit (N)**, **les travailleurs âgés de moins de 18 ans (J)**, **les apprentis (A)**, **les travailleurs exposés aux agents biologiques catégorie 2 (B)**, **les travailleurs exposés aux champs électromagnétiques (M)**, **les femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitante (F)** : pour vos salariés concernés, veuillez reporter la ou les lettres correspondantes à côté de la coche de la catégorie d'effectif