**SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL**

ARTISANAL, COMMERCIAL, INDUSTRIEL ET DE SERVICES DU CENTRE ALSACE

164C Rue du Ladhof – Z.I. – **68000 COLMAR**  
Téléphone : **03 89 21 00 20**Mail : **accueil.zi@spst.fr** – Site : **www.spst.fr**

# BULLETIN D’ADHESION

*À nous retourner dûment complété - Accompagné du Mandat SEPA et du RIB*

**ETABLISSEMENT ADHERENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Raison sociale : |  | | |
| Forme juridique : |  | | |
| Nom du responsable : | n° portable : …. /…. /…. /…. /…. | | |
| Fonction : |  | | |
| Activité de l’entreprise : |  | | |
| Code NAF : | N° de Siret : | | |
| Adresse : |  | | |
| Code postal : | Ville : | | |
| Tél : .... / …. / …. / …. / …. | | |  |
| Adresse Email : |  | | |
| Date de création de l’entreprise : | |  | |

**CONTACT CONVOCATIONS** (si différente de l’établissement adhérent)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du contact : | | Fonction : |
| Adresse : |  | |
| Code postal : | Ville : | |
| Tél : .... / …. / …. / …. / …. | |  |
| Adresse Email : |  | |

**ADRESSE DE FACTURATION** (si différente de l’établissement adhérent)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du contact : | | Fonction : |
| Adresse : |  | |
| Code postal : | Ville : | |
| Tél : .... / …. / …. / …. / …. | |  |
| Adresse Email : |  | |

**La présente adhésion ne sera valable qu’après prélèvement du droit d’adhésion et de la cotisation**, selon les modalités de l’article 25 du règlement intérieur des adhérents, ci-joint.

La facture correspondante vous parviendra après enregistrement de votre dossier.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Droit d’adhésion (unique par entreprise) | | | 170,00 € |
|  |  |  |  |
| Droit d’affiliation par salarié à l’adhésion |  | x **12,00 EUR H.T** |  |
|  |  |  |  |
| Cotisation par salarié |  | x **83,00 EUR H.T** |  |
|  |  |  |  |
| Total H.T. | | |  |
|  |  |  |  |
| TVA (20 %) | | |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL à régler T.T.C.** | | |  |

Merci de joindre le mandat de prélèvement dûment complété accompagné de votre R.I.B.

**Notice explicative Déclaration d’Effectif**

1. **Notez le nom des salariés**, indiquez également leur date de naissance et le poste qu’ils occupent.
2. Pour chaque salarié**, indiquez la catégorie de risques** à laquelle il est rattaché :SIA, SIR ou SIS, et **précisez le numéro du risque** auquel il est exposé, selon le tableau ci-dessous

Exemple : Un salarié exposé à l’amiante sera SIR 8 ; un salarié mineur qui monte des échafaudages sera SIA 1 – SIR 9 ; un salarié qui n’est soumis à aucun des 16 risques listés, sera SIS.

1. **Tamponnez et signez** votre déclaration.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de suivi** | **N° risque** | **Risque** |
| **SIA**  Surveillance  Individuelle  Adaptée | 1 | Moins de 18 ans |
| 2 | Femme enceinte, allaitante, venant d’accoucher |
| 3 | Travailleur handicapé ou titulaire d’une pension d’invalidité |
| 4 | Champs électromagnétiques |
| 5 | Travailleur de nuit |
| **SIR**  Surveillance  Individuelle  Renforcée | 6 | Agents biologiques groupes 3 et 4 |
| 7 | Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) |
| 8 | Amiante |
| 9 | Chute de hauteur **UNIQUEMENT** lors du montage / démontage d’échafaudage |
| 10 | Conduite d’équipements de travail mobiles ou servant au levage de charges |
| 11 | Moins de 18 ans – travaux réglementés ou sous dérogation |
| 12 | Opération sur installations électriques ou dans leur voisinage |
| 13 | Plomb |
| 14 | Radiations ionisantes |
| 15 | **Exclusivement** pour les hommes : port habituel de charges > 55 kg |
| 16 | Travaux en milieu hyperbare |
| Risque Particulier (RP) | **Autre** (à préciser) : Vous pouvez rajouter d’autres risques en cohérence avec l’évaluation des risques et la fiche d’entreprise. Après avis du médecin du travail et du CSE s’il existe (l’employeur doit motiver par écrit leur inscription sur la liste) |
| **SIS**  Surveillance  Individuelle Simple | | Aucune des catégories citées ci-dessus |

Raison sociale :

# DECLARATION D’EFFECTIF

*À nous retourner dûment complétée et signée*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom (Nom de naissance suivi du nom d’usage) | Prénom | Date de naissance | Fonction | Date d’entrée | SIA/SIR/SIS  (voir notice) | N° du risque |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Je soussigné(e) : ……………………………………………………………………………………………………………….. agissant en qualité de : …………………………………………………………………………..

Certifie l’exactitude des renseignements figurant dans le présent document et m’engage à respecter les règles de fonctionnement de l’association.

La présente convention dont la prise d’effet est fixée à réception du dossier complet et de l’encaissement du règlement est conclue pour l’année civile en cours, renouvelable par tacite reconduction.

Fait à …………………………………., le…………………………………. Signature et cachet