



Action
Santé
Travail

AST
Action Santé Travail

DOSSIER D'ADHÉSION

L'Action Santé Travail, AST, est le partenaire naturel de votre entreprise au service de la sécurité et pour promouvoir la santé au travail.

LE MONDE DU
TRAVAIL ÉVOLUE,
VOTRE SERVICE
DE SANTÉ AU
TRAVAIL AUSSI !

DOSSIER À RETOURNER À



AST - Action Santé Travail
Service adhésion



174, route de Béthune
CS20023- 62160, Aix-Noulette



03.21.18.42.14



SIREN : 783936891



NAF : 8621Z



www.actionsantetravail.fr



PARTIE RÉSERVÉE À L'AST

N° DE PRÉ-ADHÉSION :

N° D'ADHÉRENT :

SECTEUR :

CENTRE :

MÉDECIN :

SECRÉTAIRE :

LIEU DE VISITE :

PROFIL DE FACTURATION :

MODE DE FACTURATION :

VISITE PREMIER CONTACT :

BULLETIN D'ADHÉSION

SIÈGE SOCIAL OU ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

De l'entreprise :

Raison Sociale :

Enseigne :

Forme juridique :

Activité :

N° de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| **NAF :** |_|_|_|_|_|

Dont le siège social est situé :

Téléphone (À renseigner obligatoirement) :

Fax :

Portable :

Mail :

Déclare adhérer, à dater de l'exercice 2019, à l'Action Santé Travail, constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004, du 30 janvier 2012 et du 27 décembre 2016 pour l'organisation des services de santé au travail.

Cette adhésion relative à l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur de l'AST en vigueur qui découlent des décisions prises en Assemblée Générale. Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction.

La résiliation du présent contrat ne pourra être obtenue par votre entreprise moyennant un préavis d'une année civile signifié par lettre recommandée.

Cachet de l'entreprise

Fait à :

Le :

Signature : (Faire précéder de la mention «**Lu et approuvé**»)

MODALITÉS DE SUIVI DES SALARIÉS

L'article 21 du règlement intérieur de l'AST, conformément à l'article D.4622-22 du Code de travail, prévoit que le responsable d'entreprise a pour obligation d'indiquer au médecin du travail qui assure le suivi des salariés, la liste des risques professionnels auxquels ils sont réellement exposés, en cohérence avec le document unique d'évaluation des risques professionnels.

C'est pourquoi nous vous demandons de déclarer vos salariés en complétant la liste jointe et en vous référant aux tableaux ci-dessous.

Suivi Individuel Général - SIG

Les salariés non exposés à des risques et situations particuliers, bénéficient d'une Visite d'Information et de Prévention (VIP).

- À l'embauche : **au plus tard dans les 3 mois après la prise de poste (2 mois pour les apprentis).**
- **Au moins tous les 5 ans (2 ans pour les intérimaires).**

1	Pas de risque particulier	Commentaire :
---	---------------------------	---------------

Suivi Individuel Adapté Général ou Renforcé- SIAG ou SIAR

Les salariés hors risques particuliers exposés à l'une des situations ci-dessous, bénéficient d'une Visite d'Information et de Prévention (VIP).

- À l'embauche : **dans les 3 mois après la prise de poste pour SIAR sauf travail de nuit.**
- **Au moins tous les 3 ans.**
- À l'embauche : **préalablement à l'affectation au poste pour les SIAG et le travail de nuit.**
- **Au moins tous les 5 ans.**

SITUATION

	SIAG		SIAR
2	Moins de 18 ans	5	Salarié reconnu en qualité de travailleur handicapé
3	Exposition aux agents biologiques groupe 2	6	Salarié titulaire d'une pension invalidité
4	Exposition aux champs électromagnétiques	7	Travail de nuit

Suivi Individuel Renforcé - SIR

Les salariés exposés à l'un des risques ci-dessous bénéficient d'un **Suivi Individuel Renforcé (SIR)**.

- À l'embauche : **avant l'affectation au poste.**
- **Au moins tous les 2 ans, une visite intermédiaire est effectuée au maximum à 2 ans puis un nouvel examen médical d'aptitude à 2 ans maximum.**

RISQUES PROFESSIONNELS





8	Amiante (fibre)	14	Chute de hauteur lors des opérations de montage et démontage d'échafaudages
9	Plomb	15	Conduite d'engins ou d'appareils de levage (dont CACES)
10	CMR (Agents Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la reproduction)	16	Opérations sur ou à proximité d'installations électriques (habilitation électrique)
11	Agents biologiques groupes 3 et 4	17	Manutention manuelle inévitable > 55kg chez l'homme
12	Rayonnements ionisants	18	Moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux
13	Risque hyperbare	19	Autres : Préciser les risques (à justifier par écrit auprès du service de santé au travail).

DÉCLARATION DES EFFECTIFS

Jours, heures et périodes de rendez-vous préférentiels et /ou à éviter pour le suivi médical.

De préférence :

À éviter :

	Nom de naissance Nom d'usage Prénom	Date de naissance	Poste occupé	Code PCS	Date d'embauche	Nature du contrat					N° de risque(s) ou de situation(s)	Si risque n° 19 À préciser
Exemple	XXX YYY	01/01/1971	Cariste	652a	30/09/2005	CDI				<input checked="" type="checkbox"/>	8	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
				TOTAL SALARIÉS PAR CATÉGORIE								
				TOTAL GÉNÉRAL								

Cachet de l'entreprise :

Date et signature :

* Cocher la catégorie correspondante.

DÉCLARATION DE COTISATION

Raison Sociale :

Enseigne :

LE DROIT D'ENTRÉE :

Il s'élève à 10 € H.T par salarié + TVA à 20 % à ce jour (exonération des droits d'entrée dans certains cas : reprise d'activité, changement de statut et/ou fusion, etc...).

L'ACOMPTÉ DE COTISATION :

TABLEAU À COMPLÉTER

		MONTANT H.T.	MULTIPLIÉ PAR	NOMBRE DE SALARIÉS	TOTAL H.T.	MONTANT TVA	TOTAL T.T.C. À RÉGLER
DROIT D'ENTRÉE		10.00 €	X				
ACOMPTÉ DE COTISATION ANNUEL	SIG	93.00 €	X				
	SIAG	93.00 €	X				
	SIAR	138.00 €	X				
	SIR	184.00 €	X				

CHOIX DU MODE DE RÈGLEMENT (Cocher la case correspondante) :

Prélèvement SEPA

(Simple et rapide, avec la possibilité de paiement en plusieurs fois sans frais, remplir le mandat joint et le retourner accompagné d'un RIB.)

Chèque bancaire

Joindre le chèque à votre dossier.



ATTENTION ! Tout dossier d'adhésion reçu sans règlement et/ou incomplet ne pourra être traité et fera l'objet d'un renvoi. Assurez-vous que l'ensemble des pièces ci-dessous nous soit retourné :

Page 2 : Bulletin d'adhésion **dûment daté et signé.**

Page 3 : Questionnaire administratif complété.

Page 5 : Déclaration des effectifs **renseignée, tous les champs sont obligatoires, (attention aux dates de naissance incomplètes).**

Page 6 : Déclaration de cotisation remplie, **accompagnée obligatoirement du règlement.**

IMPORTANT :

Après enregistrement de votre dossier, notre service vous contactera pour convenir d'un rendez-vous «**Visite 1^{er} contact**» au centre de rattachement ou au sein de votre établissement. À cette occasion les documents qui valident l'adhésion vous seront remis et les différentes prestations comprises dans votre cotisation vous seront présentées. C'est **uniquement** une fois cette rencontre effectuée que votre demande d'affiliation auprès de notre service sera effective. Ensuite, notre service médical sera en mesure de vous proposer des dates de rendez-vous pour assurer le suivi de vos salariés.

LES STATUTS, LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR, LES TARIFS DE NOTRE ASSOCIATION ET PLUS DE DÉTAILS SUR NOS PRESTATIONS SONT À VOTRE DISPOSITION SUR NOTRE SITE INTERNET

www.actionsantetravail.fr



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
(Merci de retourner l'original de ce document dûment complété
sans oublier de joindre un RIB)

Référence Unique du Mandat

A	S	T																				
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AST à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de l'AST. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Identifiant créancier SEPA (ICS)

F	R	2	3	Z	Z	Z	4	2	0	1	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Créancier

Nom du créancier : AST

Adresse (N° et rue) : 174 route de Béthune.....

Code postal et ville : 62160 AIX-NOULETTE

Pays : FRANCE.....

N° Adhérent AST :

Nom du débiteur :

Adresse (N° et rue) :

Code postal et ville :

Pays :

N° de compte IBAN :

Code BIC :

Pour prélèvement récurrent.

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Débiteur

Date (jour/mois/année)

...../...../.....

Lieu

Signature
