

## AGENCE INTERIMAIRE

Le Bourget du Lac

Objet : votre demande d'adhésion.

Madame, Monsieur,

Vous avez contacté notre association pour une demande d'affiliation auprès de notre organisme pour assurer le suivi en santé au travail des intérimaires de votre agence, et nous vous en remercions.

Afin de satisfaire au plus tôt votre demande, et vous permettre ainsi de faire face à vos obligations réglementaires, nous vous adressons un dossier d'adhésion à compléter et à nous renvoyer par retour de courrier.

Nous restons à votre disposition pour toute précision que vous jugeriez utile.

Service de santé au travail en Savoie  
Service adhérents

## ADHERER – MODE D'EMPLOI

### Le dossier complet à nous transmettre se compose des pièces suivantes :

- Feuille 1 : le questionnaire administratif.
- Feuille 2 : le questionnaire suivi médical.
- Feuille 3 : le questionnaire financier + K bis + le chèque des droits d'entrée.
- Feuille 4 : la déclaration d'effectif.
- Si paiement par virement, joindre IMPERATIVEMENT L'AVIS DE VIREMENT

**i** NE PAS AGRAPHER LES DOCUMENTS.

Une fois votre dossier complet validé par notre service, vous recevrez les éléments suivants :

- Un récépissé d'adhésion précisant votre n° d'adhérent, les coordonnées du centre médical et les modalités de création de votre compte personnalisé sur le portail
- Une facture acquittée
- Les statuts et le règlement intérieur

#### Important :

Votre adhésion ne sera effective et la responsabilité de notre service ne sera engagée, qu'après intégration du dossier complet accompagné du règlement calculé correctement.

Votre adhésion au service de Santé au Travail en Savoie suppose l'acceptation des statuts et du règlement intérieur de l'association. Vous pouvez consulter ces documents sur notre site : <https://www.santetravail73.fr/adherer>

**Tout dossier incomplet sera renvoyé.**

Plus d'infos : nous contacter au 04 79 60 76 76 ou [interim@santetravail73.org](mailto:interim@santetravail73.org)

### Le contrat d'adhésion ainsi constitué est à retourner à :

**Service de Santé au travail en Savoie | Savoie Technolac | Bâtiment le fennec |  
19, allée du lac st-André | CS 80500 | 73371 le Bourget du lac cedex**

✓ **Le présent feuillet « Adhérer, mode d'emploi » est à conserver par l'entreprise.**



# Contrat d'adhésion

CADRE RESERVE AU SERVICE	
Date d'effet du contrat :	N° du contrat :
Nom du médecin :	Réadhésion : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre d'affectation :	N° ancien adhérent :
Statut :	Nombre de salariés :

IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT ADHERENT EN SAVOIE (si l'établissement n'est pas situé en Savoie, remplir aussi la fiche 5)	
FORME JURIDIQUE : <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> ASSOCIATION <input type="checkbox"/> AUTRE .....	<input type="checkbox"/> Création d'entreprise  <input type="checkbox"/> Réadhésion suite à radiation (indiquez le n° d'adhérent) :
RAISON SOCIALE :	
ENSEIGNE :	
ADRESSE :	
MAIL DU CONTACT :	
TELEPHONE CONTACT : N° de PORTABLE :	
CODE APE/NAF (4chiffres+1lettre) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° SIRET : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT PAYEUR (adresse de facturation à renseigner si différent de celle-ci-dessus – Dans ce cas, tous les courriers – y compris les appels de cotisation – seront envoyés à cette adresse).	
RAISON SOCIALE :	
ADRESSE :	
NOM DU CONTACT :	
MAIL DU CONTACT :	
TELEPHONE CONTACT :	PORTABLE :
TVA INTRACOMMUNAUTAIRE :	
ENVOI FACTURES DEMATERIALISEES : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MAIL :	

IDENTITE COMPTE PORTAIL (Email de contact pour activer la connexion au compte du portail adhérent).
MAIL CONTACT A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT :

ENGAGEMENT
Je soussigné(e) (nom, prénom, fonction) .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans l'ensemble du dossier d'adhésion</li> <li>- Déclare adhérer, à l'association Service de Prévention et de Santé au Travail en Savoie (SPST 73), constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004 et du décret du 27 décembre 2016, relatives à l'organisation des Services de Santé au Travail.</li> <li>- Cette adhésion implique l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur du SPST 73 en vigueur qui découlent des décisions prises en Assemblée Générale. Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction.</li> </ul>
Fait à _____ Le _____
Cachet et signature précédée de la mention « lu et approuvé » <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; display: inline-block;"></span>

✓ **Le présent feuillet 1 « questionnaire administratif » est à nous renvoyer, une fois renseigné.**



# Contrat d'adhésion

CADRE RESERVE AU SERVICE	
Date d'effet du contrat :	N° du contrat :
Nom du médecin :	Réadhésion : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre d'affectation :	N° ancien adhérent :
Statut :	Nombre de salariés :

IDENTITE DE CONTACT POUR LE SUIVI MEDICAL	
FORME JURIDIQUE : SAS <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> ASSOCIATION <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>	
RAISON SOCIALE :	
ENSEIGNE :	
ADRESSE :	
NOM DU CONTACT :	
MAIL DU CONTACT :	
TELEPHONE CONTACT :	N° de PORTABLE :

MODE D'ENVOI DES FUTURES CONVOCATIONS	
Un seul choix possible : Courrier postal <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/>	

PREFERENCES DE CONVOCATION ( plusieurs choix possibles)					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	
Avez-vous un CSE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si vous avez répondu oui à la question précédente :	
Nombre de 11 à 49 salariés <input type="checkbox"/>	
Nombre de 50 salariés et plus <input type="checkbox"/>	
Le document Unique a-t-il été réalisé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, date de la dernière mise à jour :	
La fiche d'entreprise a-t-elle été réalisée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, date de la dernière mise à jour :	
Référence de la convention collective :	
Travail de nuit ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Travail posté ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Travail en alternance ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

✓ Le présent feuillet 2 « questionnaire médical » est à nous renvoyer une fois renseigné.



# Contrat d'adhésion

CADRE RESERVE AU SERVICE	
Date d'effet du contrat :	N° du contrat :
Nom du médecin :	Réadhésion : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre d'affectation :	N° ancien adhérent :
Statut :	Nombre de salariés :

CALCUL DE LA COTISATION POUR L'ANNEE DE L'ADHESION	
Entreprise à activité <input type="checkbox"/> Intérimaire	
Droit d'entrée : (31.20€ TTC x nombre de salariés)	31.20€ X                      salariés =                      €
Total à payer	€
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarif des visites médicales et/ou AFP à consulter sur le site internet : <a href="https://www.santetravail73.fr/tarifs">https://www.santetravail73.fr/tarifs</a></li> </ul>	

MODE DE REGLEMENT
<input type="checkbox"/> Par chèque libellé au nom du Service de Prévention et de santé au travail en Savoie, et joint à votre dossier d'adhésion.
<input type="checkbox"/> Par virement – joindre obligatoirement l'avis de virement. - Dans ce cas veuillez indiquer sur l'ordre de virement à votre banque la mention suivante : le « <b>nom de votre entreprise</b> » + les mots « <b>adhésion SST73</b> » + « <b>votre SIRET</b> »
Nos références bancaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>Banque populaire des Alpes : IBAN FR76 1680 7000 0930 6157 5321 145 CCBPFRPPGRE</li> <li>Banque Postale : IBAN FR53 2004 1010 0701 2288 8X03852 PSSTFRPPLYO</li> </ul>
Une facture acquittée vous sera adressée avec votre récépissé d'adhésion.

✓ **Le présent feuillet 3 « questionnaire financier » est à nous renvoyer une fois renseigné.**



Contrat d'adhésion

CADRE RESERVE AU SERVICE	
Date d'effet du contrat :	N° du contrat :
Nom du médecin :	Réadhésion : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre d'affectation :	N° ancien adhérent :
Statut : Facturé <input type="checkbox"/>	Nombre de salariés :

Date de la demande :	Numéro d'adhérent agence interim :	Numéro Siret Entreprise utilisatrice :
Lieu de chantier :	Ville de l'ent; utilisatrice :	Nom de l'ent. Utilisatrice :

IDENTITE DU SALARIE INTERIMAIRE	SECTEUR D'ACTIVITE	CATEGORIE DECLAREE	Préciser le ou les risques du salarié déclaré en :																		
			Suivi individuel adapté (SIA) <small>(Cf. décret n°2016-1908 du 27/12/2016)</small>						Suivi individuel renforcé (SIR) <small>(Cf. décret n°2016-1908 du 27/12/2016)</small>												
Nom d'usage :	<input type="radio"/> B.T.P.  <input type="radio"/> Non B.T.P.	<input type="radio"/> SIS **  <input type="radio"/> SIA  <input type="radio"/> SIR	Moins de 18 ans	Travailleurs handicapés	Femmes enceintes	Travail de nuit	salariés exposés à des champs électromagnétiques	Agents biologiques du groupe 2	Amiante	Rayonnements ionisants catégorie A	Rayonnements ionisants catégorie B	Plomb	Risque hyperbare	Agents biologiques 3 et 4	Agents CMR 1 et 2	Montage et démontage des échafaudages	Autorisation de conduite	Habilitation électrique	Port de charges >5kg	Jeunes de réglementés moins de 18 ans affectés à des travaux	Postes à risques listés par l'entreprise utilisatrice (art. R4624-23)
Nom de naissance :																					
Prénoms :																					
Date de naissance :																					
Numéro de Sécurité Sociale																					
Numéro portable (obligatoire)																					
Genre:	<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Renseigner le ou les emplois occupés* et les cadres PCS <a href="http://www.insee.fr/fr/information/2497958">www.insee.fr/fr/information/2497958</a>	N°1 : Code PCS :						N°2 : Code PCS :						N°3 : Code PCS :								
	Préciser la nature de la visite demandée						Date de début de mission :						Date de fin de mission :								

✓ Le présent feuillet 4 « déclaration d'effectif » est à nous renvoyer une fois renseigné.



Modalités définies par les articles L.4624-2, R.4624-22 à R.4624-28 du Code du travail.

# Contrat d'adhésion

**QUI EST CONCERNE ?** Tout travailleur « affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité, ou pour celle de ses collègues ou tiers, évoluant dans l'environnement immédiat de travail ».

La liste des risques particuliers est définie réglementairement, mais peut-être complétée par l'entreprise qui motive sa déclaration après avis du médecin du travail.

Les postes exposant les travailleurs :

- A l'amiante,
- Au plomb (article R.4412-160)
- Aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) catégorie 1A et 1B (article R.4412-60),
- Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 (article R.4421-3),
- Aux rayonnements ionisants dans les conditions prévues à l'article R.4451-84 et R.4624-16,
- Aux risques hyperbares,
- Aux risques de chute de hauteur lors d'opérations de montage et de démontage d'échafaudages.

Les postes à risques nécessitant une aptitude spécifique :

- Les jeunes âgés de moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux,
- Les travaux sous tension avec habilitation électrique,
- Autorisations de conduite (CACES),
- Manutention manuelle de charges supérieures à 55 kg

Autres postes à risques listés par l'employeur : Après avis du médecin du travail et du CSE, l'employeur peut compléter la liste des postes présentant des risques particuliers. Cette liste doit être motivée par écrit et transmise au service de santé au travail.

Tout salarié qui relève d'un SIR bénéficie à l'issue de l'examen médical d'embauche, d'un renouvellement de cette visite,

L'examen médical est renouvelé dans les conditions suivantes :

- S'il est effectué par un professionnel de l'équipe de santé au travail, il a lieu 2 ans après au plus tard.
- S'il est à nouveau effectué par le médecin du travail, il a lieu 4 ans après au plus tard.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le site internet [www.sst73.org](http://www.sst73.org) et le tableau récapitulatif des risques professionnels par type de suivi ainsi que la note de synthèse concernant la loi du 08/08/16 et décret du 27/12/2016

## **Contactez-nous pour plus d'informations :**

☎ **04 79 60 76 76**

✉ [interim@santetravail73.org](mailto:interim@santetravail73.org)

✉ **Service de Santé au travail en Savoie | Savoie Technolac | Bâtiment le fennec | 19, allée du lac st-André | CS 80500 | 73371 le Bourget du lac cedex**

**✓ Le présent feuillet 6 « SIR : salariés soumis à une surveillance individuelle renforcée » doit être conservé par l'entreprise.**