



**ADRESSE DE CONVOCATION** (si différente du siège social)

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe         Téléphone portable        Fax         Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_Contact  Mme/ M. \_\_\_\_\_Les **CONVOCATIONS** sont à envoyer par  courrier  mail**Jours d'ouverture**  Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Date de fermeture de l'établissement \_\_\_\_\_

Horaire d'ouverture \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ Horaire de fermeture \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Activité  continue  saisonnière**CHSCT**  oui  non**Coordonnées du cabinet comptable :**

Raison sociale \_\_\_\_\_

Téléphone fixe         Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_Contact  Mme/ M. \_\_\_\_\_**DECLARATION D'EFFECTIF** (liste nominative et note explicative jointe )

Nombre total de salariés

- Dont **SI** (Suivi Individuel \*)
- Dont **SIA** (Suivi Individuel Adapté\*)
- Dont **SIR** (Suivi Individuel Renforcé\*)

**Veillez compléter la liste nominative de vos salariés.**

Informations obligatoires

Association de Santé au Travail de l'Ariège

248 rue Louis Pasteur - Parc technologique Delta Sud - 09340 VERNIOLLE

☎ 05 34 01 34 60 📠 05 61 60 58 14 📧 [asta@asta09.com](mailto:asta@asta09.com)

Association loi 1901 - Siret 77665515100129 - Code APE 8621Z - N° Intracommunautaire FR51776655151

## VOTRE DECLARATION D'ADHESION

Je soussigné(e),  Mme/ M, NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

Certifie :

- L'exactitude des renseignements figurant dans le présent document,
- Avoir pris connaissance et me soumettre aux statuts et au règlement intérieur de l'ASTA
- Payer le droit d'entrée,
- Régler les cotisations, dans les délais qui me sont demandés, qui seront fixées par décision du Conseil d'administration et de l'Assemblée Générale et qui sont basées sur le nombre de salariés inscrits à l'ASTA.

M'engage à :

- A respecter la législation applicable aux établissements assujettis en matière de santé au travail
- Adresser mon personnel pour tous les examens,
- Faciliter aux équipes pluridisciplinaires l'accès des lieux de travail et lui communiquer toute information nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.
- Communiquer à l'ASTA tout mouvement du personnel en cours d'année (entrées et sorties), et les événements les concernant (accidents du travail, maladies professionnelles, arrêts maladie ...),
- Indiquer à l'ASTA, sans retard, tout changement administratif (adresse, mail, raison sociale, cession, cessation, exploitant ....)

Fait à \_\_\_\_\_ le,

Toutes ces informations sont protégées, conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Cachet de l'entreprise

Signature précédée de la mention manuscrite  
« Bon pour adhésion »

**JOINDRE IMPERATIVEMENT** une copie de l'Extrait Kbis, ou de la déclaration en préfecture pour les associations, ou d'inscription à l'Ordre pour les professions libérales



**Veillez conserver un double de ces documents.**

Association de Santé au Travail de l'Ariège

248 rue Louis Pasteur - Parc technologique Delta Sud - 09340 VERNIOLLE

☎ 05 34 01 34 60 📠 05 61 60 58 14 ✉ [asta@asta09.com](mailto:asta@asta09.com)

Association loi 1901 - Siret 77665515100129 - Code APE 8621Z - N° Intracommunautaire FR51776655151

**Risques et situations de travail déterminant le SIA ou le SIR**

**Notice Explicative pour la déclaration de vos effectifs**

● **Suivi Individuel (SI)**

Le suivi individuel concerne les salariés dont le travail ne présente ni exigence ni risque particulier fixé par la réglementation. Le parcours du suivi individuel est accompagné par un professionnel de santé, avec une périodicité maximum de 5 ans. Il donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi.

● **Suivi Individuel Adapté (SIA)**

Il concerne les travailleurs handicapés (ou les titulaires d'une pension d'invalidité), les femmes enceintes (ou allaitantes ou venant d'accoucher), les travailleurs de nuit, les salariés de moins de 18 ans non affectés à travaux réglementés, les salariés exposés à agents biologiques groupe 2 (AB2), les salariés exposés à champs électromagnétiques si VLE dépassée.

Le parcours du suivi individuel adapté est accompagné par un médecin du travail ou autre professionnel de santé, avec une périodicité maximum de 3 ans. Il donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi.

● **Suivi Individuel Renforcé (SIR)**

Le parcours du suivi individuel renforcé est accompagné par un médecin du travail, avec une périodicité maximum de 4 ans, et donne lieu à la délivrance d'une fiche d'aptitude/inaptitude.

Le dispositif est complété par une visite intermédiaire tous les 2 ans, menée par un médecin du travail ou un professionnel de santé.

Situations de travail fixées par décret (SIA)		EFFECTIF
-18TR - Moins de 18 ans non affectés à travaux réglementés	.....	.....
FEM - Femmes enceintes, allaitantes ou venant d'accoucher	.....	.....
TH - Travailleurs handicapés	.....	.....
NUIT - Travailleurs de nuit	.....	.....
INV - Titulaire d'une pension d'invalidité	.....	.....
AB2 - Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2	.....	.....
ChEM - Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE (Vitesse Limite d'Exposition) dépassée.	.....	.....
Risques fixés par décret (SIR)		EFFECTIF
AMTA - Salarié exposé à l'amianté.	.....	.....
CarA - Rayonnements ionisants catégorie A (salariés exposés à plus de 6mSv par an- Travailleur du nucléaire...)	.....	.....
PB - Salarié exposé au Plomb	.....	.....
HYPB - Salarié exposé au Risque hyperbare (caisson hyperbare)	.....	.....
AB34 - Salarié exposé aux agents biologiques pathogènes de groupe 3 et 4 (ABP3 et 4 - exemple les salariés soumis à l'obligation vaccinale contre l'hépatite B, comme les infirmières, aide soignantes, travailleurs en crèche ou ceux exposés à d'autres agents biologiques dangereux comme les vétérinaires, assistants vétérinaires...)	.....	.....
CMR - Salarié exposé aux agents CMR (Concérnogènes, Mutagènes, ou Reprotoxiques - exemple les mécaniciens exposés aux fumées de diesel, travailleurs du bois exposés à la scierie, soudeur...)	.....	.....
CarB : Salarié exposé aux rayonnements ionisants catégorie B (salariés exposés aux rayons X et à des doses inférieures à 6mSv/ an soit travailleurs portant des dosimètres...)	.....	.....
-18TR - Mineur affecté à travaux réglementés (travail le dimanche, machines dangereuses...)	.....	.....
MONT- Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage/démontage d'échafaudage.	.....	.....
COND - Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (toute habilitation de type CACES)	.....	.....
ELEC - Habilitation électrique (tout travaux sur installations électriques)	.....	.....
MANU - Salarié exposé à une manutention manuelle de plus de 55 Kg (R4541-9 du CT) (exemple boucher qui ne dispose pas de solution de manutention aidée...)	.....	.....
RPE - Risques particuliers motivés par l'employeur (ces risques doivent être signalés par l'employeur, la demande de suivi renforcé doit être proposée au CHSCT et validée par le médecin du travail en charge du suivi)	.....	.....

**LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL**

Nom Prénom	Né(e) le	Code CSP Catégorie Socio Professionnelle	Poste de travail	SI	SIA Indiquer le code référéncé ci-dessus	SIR Indiquer le code référéncé ci-dessus	Type de contrat (CDD, CDI, Apprenti ...)	Date d'embauche	Date de débauche
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....
	...../...../.....			<input type="checkbox"/>				...../...../.....	...../...../.....

Ajouter autant de pages que nécessaire