



2, avenue du Prof. Alexandre Minkowski
CS 20118
37171 CHAMBRAY-LÈS-TOURS CEDEX
☎ 02 47 37 66 76
✉ compta@apst37.fr

Bulletin d'adhésion

Je soussigné(e)
Responsable de l'entreprise reconnais avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Intérieur de l'APST37.
En vue de l'application des dispositions relatives à la Santé au Travail prévues par le Code du Travail, je sollicite l'adhésion de mon entreprise à l'APST37.

Motif de ma demande d'adhésion

- création d'entreprise
 reprise d'entreprise
 embauche de mes premiers salariés
 changement de service de santé au travail

Mon siège social

Raison sociale :
Nom d'appel :
Forme juridique :
Détail de l'Activité :
Nom du chef d'Établissement :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Mail : @
Code SIRET : Code APE :

Mes salariés

- salariés
 salariés intérimaires
 salariés saisonniers
 travailleurs exécutant habituellement leur contrat de travail dans une entreprise autre que celle de leur employeur
 travailleurs éloignés exécutant habituellement leur contrat de travail dans un département différent de celui où se trouve l'établissement qui les emploie
 travailleurs détachés temporairement par une entreprise non établie en France

Lieu de travail de mes salariés (si différent de l'adresse de mon siège social)

Adresse :
Code Postal : Ville :
Interlocuteur :
Téléphone :
Mail : @



Organisation administrative des visites ou examens médicaux

Nom de la personne responsable de l'établissement des déclarations et cotisations :

À noter : sans précision de votre part, les convocations aux visites ou examens médicaux vous seront adressées par mail sur l'adresse de votre siège social.

Adresse de facturation (si différente de l'adresse de mon siège social)

Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Mail :@.....
Code SIRET : Code APE :

Mes données de prévention

Référent Sécurité

Avez-vous mis en place votre référent sécurité ? Oui Non

Si oui, merci de nous confirmer les coordonnées de votre référent sécurité :
.....
.....

Fiche d'Entreprise

Disposez-vous d'une Fiche d'Entreprise ? Oui Non

Si oui, pourriez-vous nous en transmettre une copie sous pli confidentiel à l'attention de Monsieur le Médecin du Travail de l'APST37 ?

Documents Unique

Avez-vous rédigé votre Document Unique ? (évaluation des risques professionnels) Oui Non

Si oui, pourriez-vous nous en transmettre une copie sous pli confidentiel à l'attention de Monsieur le Médecin du Travail de l'APST37 ?

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements indiqués ci-dessus et m'engage à me conformer aux stipulations des statuts et du règlement intérieur et notamment à régler les cotisations dès que la demande en sera faite.

Fait à, le / /

Le Chef d'Etablissement

Cadre reserve au Service de Santé au Travail
 adhésion ré-adhésion

N° adhérent :
Nom :
Centre d'affectation :
Médecin du Travail :
Médecin collaborateur :
Infirmière :
Secrétaire médicale :
Centre de visite :