



2 Av. du Pr. Alexandre Minkowski  
 CS 20118  
 37171 CHAMBRAY-LES-TOURS CEDEX  
 ☎ 02 47 37 66 76

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 : .....

## Liste du personnel

Nom (suivi du nom de naissance) et prénom	Date de naissance	Emploi	Date d'entrée	SI	SIA	SIR
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	__/__/__		__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SIA - SIR

*Nombre de salariés déclarés*

Suivi Individuel Adapté (SIA) • Suivi Individuel Renforcé (SIR)

### SI

*Nombre de salariés déclarés*

Suivi Individuel (SI)

*Total des salariés*

Nous certifions que ce document a été rempli conformément à la législation santé-travail en vigueur, notamment en ce qui concerne le Suivi Individuel Adapté (SIA) et le Suivi Individuel Renforcé (SIR).

A ....., le .....  
 NOM et QUALITE du Signataire,

Cachet de l'Entreprise