

## 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.

Vous avez la possibilité de déléguer vos obligations déclaratives à votre cabinet comptable. Dans ce cas, ce dernier télédéclarera à votre place (bordereaux de cotisations, déclarations d'effectifs, etc...) via le site internet [www.apst37.fr](http://www.apst37.fr) / espace PORTAIL ADHERENTS.

Si vous souhaitez bénéficier de ce service gratuit, nous vous invitons à nous retourner le document "délégation des démarches santé-travail à mon cabinet comptable"

### 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'Etablissement : .....  
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

Nombre de  
salariés :

SI  
(Suivi Individuel)

SIA  
(Suivi Individuel  
Adapté)

SIR  
(Suivi Individuel  
Renforcé)

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

Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Interlocuteur : .....  
Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mail : .....@.....  
Vos salariés travaillent-ils à leurs domiciles ?  oui  non  
SIRET (si établissement secondaire) : .....

## Organisation administrative des visites ou examens médicaux de mes salariés

### Adresse d'envoi des convocations et personne responsable des liaisons avec le secrétariat médical de l'APST37

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mail : .....@.....

*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 d'envoi et personne responsable des liaisons avec le pôle comptabilité de l'APST37

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
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 (nom, prénom, téléphone, adresse électronique) :

.....  
.....

### Fiche d'Entreprise

#### Disposez-vous d'une Fiche d'Entreprise ?

Oui  Non

Si oui, nous vous invitons à nous en transmettre une copie sous pli confidentiel à l'attention du Médecin du Travail de l'APST37.

### Document Unique

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

Si oui, nous vous invitons à nous en transmettre une copie sous pli confidentiel à l'attention du 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'Établissement  
Signature :