

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 QUALITÉ du Signataire,

Cachet de l'Entreprise