

CONTRAT D'ADHESION



Si vous êtes travailleur indépendant, une offre spécifique vous est dédiée afin de vous affilier au PST51. Pour adhérer à cette offre merci de contacter le 03.26.70.40.41, service adhésion. Une convention relative à votre affiliation sera alors signée avec le PST51.

Informations liées au SIEGE SOCIAL DE VOTRE ETABLISSEMENT

Forme juridique			
Raison sociale			
Nom usuel (enseigne)			
Nature de l'activité			
Code APE		SIRET :	
Adresse postale			
Tél.		Courriel :	

Dirigeant de l'établissement	NOM Prénom :		
	Fonction :		
Tél.		Courriel :	

Informations liées à l'ETABLISSEMENT A SUIVRE

Cochez cette case, si les informations de l'établissement sont identiques à celles du siège social

Raison sociale			
Adresse postale			
Tél.		Courriel :	

DUERP réalisé (à joindre)

Si oui, date de création : Date de mise à jour :

Présence d'un **CSE/CSSCT**

SIÈGE SOCIAL

4 rue Raymond Aron
51520 Saint-Martin-sur-le-Pré
03 26 70 40 41

www.pst51.fr

Page 1 sur 11



présanse
PRÉVENTION • SANTÉ • TRAVAIL

NAF : 8621Z
N°TVA : FR 117 803 695 91
N° SIRET : 780 369 591 00034

CONTRAT D'ADHESION (suite)



Informations complémentaires

- Il s'agit d'une **création d'entreprise**
- Il s'agit d'une **reprise (ou rachat) de l'entreprise**
- ✓ Ancienne raison sociale :
- ✓ NOM Prénom du précédent dirigeant :
- Il s'agit d'une **agence de travail temporaire**
- Il s'agit d'une **entreprise extérieure**

⇒ **Il s'agit d'une entreprise extérieure dite « salariés éloignés » :**

- Fiche d'entreprise** de l'établissement principal réalisée par le SPSTI



Joindre obligatoirement une copie de la fiche d'entreprise réalisée par le médecin du travail en charge de l'établissement principal, sans ce document, le présent contrat d'adhésion restera en attente.

Préciser le lieu de travail des salariés à suivre :

- La structure a déjà été inscrite à un autre Service de Santé au Travail
- ✓ Nom du Service :
- ✓ Adresse du Service :
- ✓ Nom/prénom du médecin référent :
- ✓ Mail :
- ✓ Téléphone :
- La structure relève de la **Fonction Publique**

Informations liées au SUIVI DES CONVOCATIONS/EFFECTIF

Interlocuteur pour les convocations/suivi des effectifs		NOM Prénom :	
		Fonction :	
Tél.		Courriel	

Informations liées à la FACTURATION

Raison sociale			
TVA intracommunautaire			
Adresse			
Interlocuteur (Nom, Prénom, fonction)			
Tél.		Courriel	
Informations à porter à la connaissance du PST51 et relatives à l'envoi des factures (adresse électronique générique, dépôt sur un portail spécifique...) : Pour information : Le PST51 déposera l'ensemble des factures sur le PORTAIL ADHERENTS : https://pst-pst51.medtra.fr/accueil.html			

- ⇒ L'interlocuteur pour les convocations sera celui destinataire des convocations adressées par le PST 51 à l'employeur.
- ⇒ L'interlocuteur pour le suivi des effectifs sera celui qui disposera de l'accès au portail adhérents et qui aura la charge de la gestion des effectifs (entrées/sortie) et qui validera les effectifs chaque début d'année.
- ⇒ L'interlocuteur pour la facturation sera celui qui réceptionne et gère les diverses factures du PST51.

Ces interlocuteurs peuvent être similaires

ADHESION DEMANDEE pour un suivi à :

- PST51 – Service de St-Martin-sur-le-Pré
- PST51 – Service de Vitry-le-François
- PST51 – Service de Ste-Menehould
- PST51 – Service de d'Epernay
- PST51 – Service de Sézanne

VALIDATION - CONTRAT D'ADHESION



Pour le demandeur

NOM Prénom	
Agissant en qualité de	

- Souhaite adhérer au PST51 afin de bénéficier de l'ensemble des prestations de l'offre socle, à savoir :
- La prévention des risques professionnels (réalisation et mise à jour de la fiche d'entreprise, accompagnement au DUERP...)
 - Le suivi individuel de l'état de santé,
 - La prévention de la désinsertion professionnelle.

Déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association PST51 et respecter les règles qui la régissent. *Ces documents sont disponibles sur notre site internet www.pst51.fr*

Date, cachet et signature de l'entreprise

Pour le PST51

NOM Prénom	
Agissant en qualité de	
N° d'adhérent attribué	
N° de télédéclarant (accès portail)	
Médecin du travail en charge du suivi	
Assistante médicale référente	Nom, Prénom : Adresse mail : Téléphone :

A réception du présent contrat d'adhésion dûment complété, le PST51 l'étudiera, le validera et procédera à l'élaboration et à l'envoi de la facture relative aux informations fournies dans le présent contrat.

L'adhésion prendra effet dès réception de l'ensemble des pièces administratives demandées ainsi que du règlement de la facture d'adhésion.

Date de validation, cachet et signature du PST51

Les informations requises dans le présent contrat d'adhésion sont obligatoires, elles ont pour finalité d'enregistrer la demande d'adhésion de l'entreprise susmentionnée au PST51. L'ensemble des informations fournies sont utilisées aux services internes du PST51 et seront conservées dix ans après la fin de l'adhésion. Les personnes physiques mentionnées peuvent accéder et obtenir copies des données les concernant, s'opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Ils disposent également d'un droit à la limitation du traitement de leurs données. Pour exercer ces droits, s'adresser au DPO du PST51.

Informations liées à l'EFFECTIF A SUIVRE

Pour faciliter la gestion des convocations de vos salariés, merci de bien vouloir compléter les informations relatives aux contraintes liées à votre activité ci-dessous et si nécessaires.

*Pour information, suivant le service auquel vous serez affiliés, les jours de réalisation des visites médicales pourront-êtr*e différents et susceptibles de ne pas correspondre avec vos préférences.

!! Pas de consultations médicales les vendredis !!

!!!!!! Attention : les salariés suivis doivent travailler obligatoirement sur le secteur suivi par le PST51 !!!!!!

Jour de fermeture de votre établissement

Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Contraintes journalières (cocher les jours à privilégier)

Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi	Matin	Après-midi

Contraintes horaires (cocher les horaires à privilégier, si besoin)

08h00 – 09h00	<input type="checkbox"/>
09h00 – 10h00	<input type="checkbox"/>
10h00 – 11h00	<input type="checkbox"/>
11h00 – 12h00	<input type="checkbox"/>
Dernier créneau du PST51 de la matinée	<input type="checkbox"/>
13h30 – 14h00	<input type="checkbox"/>
14h00 – 15h00	<input type="checkbox"/>
15h00 – 16h00	<input type="checkbox"/>
Dernier créneau du PST51 l'après-midi	<input type="checkbox"/>

Autres informations utiles au PST51

.....

.....

.....

.....

.....

.....





.....





Informations liées à l'EFFECTIF A SUIVRE (suite)

Préciser le nombre de salariés à suivre :

Raison sociale de l'effectif ci-dessous déclaré :

 *Notice d'aide au remplissage en dernière page*

Sexe F/H	NOM d'usage	Nom de naissance	Prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Poste de travail déclaré / fonction occupée 	Code PCS 	Type contrat	Date d'entrée	Suivi déclaré SIS/SIA/SIR 	Motif suivi déclaré 
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	

Sexe F/H	NOM d'usage	Nom de naissance	Prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Poste de travail déclaré / fonction occupée 	Code PCS 	Type contrat	Date d'entrée	Suivi déclaré SIS/SIA/SIR 	Motif suivi déclaré 
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	
								<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	



Poste de travail déclaré

- Celui indiqué sur la fiche de poste, le contrat de travail ou le bulletin de salaire / **fonction occupée** poste réellement occupé par le salarié

Codes PCS :

- Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise (PCS ESE) publié par l'INSEE, disponible sur notre site internet (ex : *secrétaire assistante de direction, 542a*)

SUIVI INDIVIDUEL DE SANTE DES SALARIES

- **Code(s) SIA/SIR** : il s'agit de la classification du suivi individuel des salariés. En l'absence de tout code générant un Suivi Individuel Adapté (SIA) ou Renforcé (SIR), le salarié bénéficiera d'un Suivi Individuel Simple (SIS). Ces classifications et risques associés sont définis par la réglementation.

Aucun risque de la liste ne concerne votre entreprise

⇒ **Salarié en SIS, il bénéficiera d'un Suivi Individuel Simple (SIS)**



- Visite d'Information et de Prévention par un professionnel de santé (*infirmier ou médecin*)
- 1ère visite (suivi initial) : Max. 3 mois après prise de poste
- Périodicité définie par le médecin du travail : **5 ans max.**
- Remise d'Attestation de Suivi (*pas d'avis d'aptitude*)

Si votre salarié(e) est :

- Agé de moins de 18 ans,
- Enceinte, allaitante ou venant d'accoucher Femme enceinte,
- Reconnu en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- Travaille de nuit dans les conditions mentionnées par le ministère du travail (<https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail/article/le-travail-de-nuit>)
- Perçoit une pension d'invalidité
- Risque d'être exposé à la leptospirose : contact avec eaux usées / égouts / environnements souillés Salarié exposé aux Agents Biologiques de groupe 2 (AB2)
- Réalise des opérations de soudage mettant en œuvre des champs électromagnétiques [au-delà des valeurs limites prévues au R4453-3 du code du travail] Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE (Valeur Limite d'Exposition) dépassée.

⇒ **Vous pouvez donc l'associer au risque SIA, il bénéficiera d'un Suivi Individuel Adapté (SIA)**

Visite d'Information et de Prévention par un professionnel de santé (infirmier ou médecin)



- 1ère visite (suivi initial) :
 - Max. 3 mois après prise de poste
 - AVANT prise de poste pour :
 - Travailleurs de nuit
 - < 18 ans
 - Agents biologiques Groupe 2 (art. R.4421-3)
 - Champs électromagnétiques > VLE
- Périodicité définie par le médecin du travail : 3 ans max.
- Remise d'attestation de suivi (pas d'avis d'aptitude)

Si votre salarié est exposé à des risques particuliers définis par l'Article R.4624-23 du Code du Travail :

Postes avec examen médical d'aptitude spécifique :

- < 18 ans affectés à des travaux dangereux réglementés
- Manutention manuelle > 55 kg

Risques particuliers définis par l'Article R.4624-23 du Code du Travail :

- Amiante
- Plomb (art. R.4412-160)
- Agents CMR catégorie 1 & 2 (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques) (art. R.4412-60)
- Agents biologiques Groupe 3 & 4 (art. R.4421-3)
- Rayonnements ionisants
- Risque hyperbare
- Montage / démontage d'échafaudages

Postes à risques spécifiques, déterminés par l'employeur, le médecin du travail et le CSSCT

Cas particulier des salariés exposés aux rayonnements ionisants de catégorie A : suivi par examen médical d'aptitude réalisé tous les ans

⇒ Vous pouvez donc l'associer au risque SIR, il bénéficiera d'un **Suivi Individuel Renforcé (SIR)**



- 1ère visite : Examen Médical d'Aptitude à l'embauche par le médecin du travail AVANT prise de poste
- Examen Médical d'Aptitude par le médecin du travail tous les 4 ans
- Visite intermédiaire avec attestation de suivi par un professionnel de santé tous les 2 ans

Visites supplémentaires réalisées par le médecin du travail :

- **Reprise obligatoire** dans un **délai de 8 jours à compter du jour de la reprise**, à l'initiative de l'employeur, après :
 - ⇒ Un arrêt de travail **d'au moins 30 jours** pour cause d'**accident du travail, trajet**
 - ⇒ Un arrêt de travail **d'au moins 60 jours** pour cause de **maladie**,
 - ⇒ Un arrêt de travail pour cause de **maladie professionnelle (quelle que soit sa durée)**
 - ⇒ Un **congé de maternité** (*visite pouvant être réalisée par un professionnel de santé et suivi un protocole particulier*)
- **Pré-reprise ou visite d'aide et d'accompagnement pendant l'arrêt conseillé dès 30 jours d'arrêt :**
 - ⇒ Visite médicale qui vise à accompagner, préparer et anticiper le retour au travail dans les meilleures conditions
 - ⇒ À l'initiative du salarié lui-même, du médecin du travail, du médecin traitant ou du médecin-conseil
- **Visite de mi-carrière obligatoire** lors des 45 ans du salarié (ou accord de branche) pour évaluer les risques de désinsertion professionnelle et de sensibiliser aux enjeux du vieillissement au travail
- **Visite de fin de carrière obligatoire** pour les travailleurs exposés à des risques spécifiques (SIR)
- **Occasionnelle à la demande** du salarié ou de l'employeur (*informer le médecin du travail & le salarié de la raison*)



Un salarié ne pourra pas être reçu en visite initiale, d'embauche ou périodique s'il est en :

- ⇒ Arrêt de travail
- ⇒ Congés
- ⇒ Chômage partiel non travaillé