

Je soussigné(e).....
agissant en qualité de
de l'entreprise :
. forme juridique.....
. raison sociale.....
ayant pour activité
dont le siège social est situé.....
.....
Téléphone Fax
Portable

déclare adhérer à l'Association Interprofessionnelle Départementale pour l'Application de la Médecine du Travail et m'engage à respecter les obligations résultant des statuts et du Règlement Intérieur dudit Service ainsi que des prescriptions législatives et réglementaires applicables aux établissements assujettis en matière de Médecine du Travail.

Pour tout signataire, autre que le représentant légal de l'entreprise, merci de joindre un justificatif précisant que celui-ci a délégation pour représenter l'entreprise.

Cette adhésion comporte de ma part l'engagement :

- ♦ de verser le droit d'entrée fixé chaque année par l'Assemblée Générale.
Ce droit d'entrée est doublé pour toute entreprise qui n'a pas adhéré dans un délai de deux ans suivant l'embauche de son premier salarié.
- ♦ d'acquitter la cotisation annuelle qui est due pour tout salarié figurant à l'effectif de l'entreprise quel que soit le temps où celui-ci est attaché à l'entreprise. Toute entreprise n'ayant pas donné son adhésion dans un délai de deux ans, devra s'acquitter d'une cotisation au taux double (article 4.4 du R.I de l'AIDAMT).
- ♦ de rembourser au Service le coût des examens complémentaires légalement à la charge de l'employeur, qui ne sont pas couverts par la cotisation normale.
- ♦ de déclarer, annuellement, sur un document intitulé « déclaration annuelle » adressé par le Service : le nom, le prénom, la date de naissance, le poste de travail occupé par chaque salarié.
Ce document, adressé par le service en fin d'année à chaque adhérent, est à retourner dans la 1ère quinzaine de janvier.
- ♦ de présenter le personnel aux visites médicales aux lieux et heures convenus, ou d'informer le service en cas d'impossibilité de se présenter.
En effet, en cas d'absences non-excuses, le salarié n'est pas convoqué une deuxième fois.
L'adhérent devra s'acquitter d'une pénalité, en sus de la cotisation, s'il souhaite que ces mêmes salariés soient à nouveau convoqués. Cette pénalité sera notifiée à l'adhérent immédiatement et par écrit. Son montant est fixé tous les ans par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'administration.
- ♦ de tenir les Services de l'Association au courant des entrées et sorties du personnel, ainsi que des reprises de travail après maladies, accidents de travail, maladies professionnelles, congés de maternité.
- ♦ de m'assurer que les visites obligatoires du personnel sont régulièrement effectuées.
- ♦ de prendre toute mesure pour permettre au Médecin du Travail l'exercice de ses activités en milieu de travail.

Fait à le

Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé"

SIGNATURE du Représentant légal de l'entreprise

CACHET DE L'ENTREPRISE



1 - ETABLISSEMENT

SIRET | _____ |

CODE NAF | _____ |

RAISON SOCIALE

.....

ENSEIGNE COMMERCIALE

.....

NOM DU CHEF D'ENTREPRISE

.....

Adresse de l'établissement

.....

.....

CODE POSTAL

VILLE

TÉLÉPHONE FAX

PORTABLE

MAIL

L'entreprise pour laquelle vous demandez l'adhésion fait-elle partie d'un groupe ? (Holding, agence, filiale succursale, etc...)

OUI NON

Si oui raison sociale et adresse du groupe.....

.....

.....

4 - ADRESSE POUR ENVOI DES DECLARATIONS ANNUELLES

si différente de l'adresse de l'établissement

ADRESSE.....

.....

CODE POSTALVILLE

TÉLÉPHONE

FAX

PORTABLE

MAIL

2 - MOTIF D'ADHESION

CRÉATION D'ENTREPRISE date de création.....

EMBAUCHE

AVEZ-VOUS REPRIS UNE ENTREPRISE EXISTANTE ?

OUI NON

Si oui, Nom de l'entreprise :

Date de la reprise :

DÉMÉNAGEMENT (ANCIEN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL) :.....

ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OUI NON

Si oui, période d'ouverture : du.....au.....

Date d'emploi du personnel.....

AVEZ-VOUS DÉJÀ ADHÉRÉ A NOTRE ASSOCIATION ?

OUI NON

Si oui, sous quel code adhérent ? | _____ |

3 - ADRESSE DE FACTURATION

si différente de l'adresse de l'établissement

ADRESSE.....

.....

CODE POSTALVILLE

TÉLÉPHONE

FAX PORTABLE

MAIL

5 - ADRESSE POUR ENVOI DES CONVOCATIONS

si différente de l'adresse de l'établissement

ADRESSE.....

.....

CODE POSTALVILLE

TÉLÉPHONE

FAX.....

PORTABLE

MAIL

Assurez-vous que les mails seront consultés quotidiennement à toutes périodes de l'année.

Personne à contacter :

LISTE DU PERSONNEL

ETABLISSEMENT

RAISON SOCIALE

ENSEIGNE COMMERCIALE

NOM DU CHEF D'ENTREPRISE

Adresse de l'établissement

.....

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FAX

PORTABLE MAIL

CONTRAINTES DE CONVOCATION

Personne à contacter :

Horaires de travail : de à

Jour de fermeture :

Période de congés annuels : du au

Contraintes particulières :

NOM	PRENOM	NOM de NAISSANCE	Date de naissance jj/mm/aa	PCS	Date d'embauche	Type de contrat (CDI, CDD)	Durée du contrat	Poste de travail	Code(s) de suivi individuel <i>(voir notice page suivante)</i>	REMARQUES

Le décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail a modifié le suivi individuel de l'état de santé du salarié.


Il vous est demandé :

- de **bien renseigner**, pour le type de visite demandée, l'ensemble des informations (nom, date naissance...)
- de **compléter** s'il y a eu, le code de suivi individuel en vous aidant des tableaux ci-dessous.
- de **noter** dans la colonne 'remarques' les situations particulières de salariés (temps de travail...)

Quels sont les postes à risque devant bénéficier d'un suivi médical renforcé ?

Art. R 4624-22 : 'Tout travailleur affecté à **un poste présentant des risques particuliers** pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail défini à l'article R. 4624-23 bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé.

L' article R 4624-23 du Code du Travail donne une définition des postes à risques. Ces derniers sont classés en 3 catégories :

Code	1 ^{ère} catégorie : l'exposition du salarié à certains risques réglementaires prévus	Code	2 ^{ème} catégorie : les postes pour lesquels un examen d'aptitude spécifique est nécessaire	3 ^{ème} catégorie
R3	Salarié exposé à l'amiante	R14*	Habilitation électrique	La liste déterminée par voie réglementaire peut être complétée par l'employeur pour les postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celle de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail après avis du Médecin du travail et du CSE. Cette liste doit être en cohérence avec l'évaluation des risques professionnels et le cas échéant la fiche d'entreprise. Elle doit être transmise au service de santé au travail et mise à disposition de l'inspecteur du travail et mise à jour tous les ans. L'employeur doit motiver par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste.
R4	Salarié exposé aux rayonnements ionisants (catégorie A ou catégorie B : à préciser)	R15	Salarié de - 18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés	
R5	Salarié exposé au plomb dans les conditions prévues à l'article R.4412-160	R16*	La seule conduite de poids lourds n'est pas visée Salarié titulaire d'une autorisation de conduite : grues à tour, grues mobiles, grues auxiliaires de chargement de véhicules, chariots automoteurs de manutention à conducteur porté, plates-formes élévatrices mobiles de personnes (PEMP, engins de chantiers télécommandés ou à conducteur porté.	
R6	Salarié exposé au risque hyperbare			
R9	Salarié exposé aux agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R. 4421-3	R20	Port de charges comprises entre 55 et 105 kgs	
R10	Salarié exposé aux agents Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR) mentionnés à l'article R.4412-60	 * pour les risques R14 et R16 joindre copie de l'attestation		
R13	Salarié exposé au risque de chute en hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages			

Une adaptation du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs est également prévue dans les cas suivants :

Code	Suivi adapté	code	Suivi adapté
R1	Travailleur âgé de – 18 ans	R17	Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
R2	Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante	R18	Agents biologiques pathogènes groupe 2
R11	Travailleur de nuit au sens du code du travail	R19	Champs électromagnétiques
R12	Travailleur handicapé		