

RAISON SOCIALE : NOM DU GÉRANT : BRANCHE PROFESSIONNELLE : N°SIRET : CODE NAF : ADRESSE DE FACTURATION : CODE POSTAL : VILLE : TEL FIXE : TEL PORTABLE : FAX : EMAIL : ADRESSE DE CONVOCATION :
Si différente de la facturationRESPONSABLE À CONTACTER POUR LES VISITES MÉDICALES : TEL FIXE : TEL PORTABLE : FAX : EMAIL : CHOIX DE LA MÉTHODE DE CONVOCATION : ☐ MAIL ☐ FAX ☐ COURRIER

EFFECTIFS DE L'ENTREPRISE

NOMBRE DE SALARIÉS SIS (Suivi Individuel Simple)

NOMBRE DE SALARIÉS SIR (Suivi Individuel Renforcé)

Liste nominative à compléter impérativement dans le document joint

TOTAL

Le soussigné(e) déclare adhérer à l'ASTPB (Résidence Toki Lana - 7 chemin de la Marouette - 64100 BAYONNE) et s'engage :

- à respecter les statuts et règlement intérieur de l'Association
- à régler les cotisations fixées par le Conseil d'Administration de l'Association et le droit d'entrée 9,14€ TTC (7,62€ HT)

Cachet de l'entreprise

À

le

Signature

Nom et Prénom	Date de naissance jj/mm/aa	date d'embauche jj/mm/aa	Poste de travail	Code CSP (1)	Type de contrat (2)	Situation et/ou exposition du salarié(3)																	
						SIS : Suivi Individuel Simple								SIR : Suivi Indiduel Renforcé									
						Pas de risque particulier	Travailleur < 18 ans	Travailleur handicapé	Travailleur en invalidité	Femme enceinte ou allaitante	Travail de nuit	Agents biologiques groupe 2	Champ électromagnétique	Amiante	Plomb	Agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques	Agents biologiques goupes 3 et 4	Rayonnements ionisants	Hyperbare	Echafaudages (montage/démontage)	Habilitation électrique	Autorisation de conduite (CACES...)	Jeunes exposés à des travaux dangereux

Faire des copies si plus de 10 salariés
 (1) CSP : Catégories Socio Professionnelles
 (information que l'on retrouve dans la DADSU ou sur www.insee.fr)
 (2) Type de contrat : CDI, CDD ...
 (3) Merci de cocher la ou les cases correspondantes à la situation de chacun des salariés

Date

Cachet

Signature