



6 bis, rue de Kervézennec - 29200 BREST  
Tél : 02.98.02.81.81 - Fax : 02.98.02.09.23

[www.sante-travail-iroise.fr](http://www.sante-travail-iroise.fr)

## 1 – BULLETIN D'ADHÉSION 2023

relatif aux Travailleurs Eloignés  
(Décret N° 2014-423 du 24 avril 2014)

N° SIRET                     CODE APE   

Je soussigné (e) .....  
agissant en qualité de .....  
de l'entreprise .....  
ayant pour activité .....  
dont le siège social est situé .....

Téléphone ..... Portable .....

Mail .....

déclare adhérer, à dater de l'exercice 2023, à l'Association de Santé au Travail en Iroise, constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004, du 30 janvier 2012 et du 27 décembre 2016 pour l'organisation des services de santé au travail.

Cette adhésion implique l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement de fonctionnement en vigueur dans l'association (consultable sur notre site internet [www.sante-travail-iroise.fr](http://www.sante-travail-iroise.fr)). Ces derniers découlent des décisions prises par les Assemblées Générales ou par le Conseil d'Administration paritaire.

La présente adhésion ne deviendra effective qu'après le paiement des droits d'adhésion et des cotisations forfaitaires et mutualisées. Les cotisations sont appelées pour l'année civile quelle que soit la date d'adhésion.

Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction.

Quelle que soit la cause à l'origine de la perte de qualité de membre de l'Association, les cotisations restent dues pour l'année civile entamée ; il n'est fait aucun remboursement sur la cotisation de la période en cours. De la même manière, les sommes dues par le membre partant demeurent exigibles.

La résiliation du présent contrat ne pourra intervenir que dans les conditions fixées par le règlement de fonctionnement.

Cachet de l'entreprise

Fait à ..... le .....

Signature (faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)



## 2 – QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

### RENSEIGNEMENTS LIÉS AU(X) SALARIE(S)

♦ **ADRESSE DU DOMICILE OU DU LIEU DE TRAVAIL SUR LA REGION BRESTOISE** .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TELEPHONE ..... MAIL .....

**TELETRAVAIL DEPUIS SON DOMICILE**  OUI  NON

**DUREE DE LA MISSION DANS NOTRE DEPARTEMENT (EN MOIS) :** .....

**COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT DE TRAVAIL (INDIQUER LES DEPARTEMENTS) :** .....

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

♦ **NOM ET ADRESSE DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DU SIEGE SOCIAL**

.....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

**NOM DU MEDECIN DU TRAVAIL** .....

TELEPHONE ..... MAIL .....

♦ **LA FICHE D'ENTREPRISE (REALISEE PAR LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DU SIEGE SOCIAL) :**

Fiche d'Entreprise jointe au dossier d'adhésion :  OUI

NON : VEUILLEZ DEMANDER UN COURRIER AU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DU SIEGE CONFIRMANT LA NON-REALISATION DE CETTE FICHE D'ENTREPRISE.

♦ **ADRESSE DE FACTURATION**

RAISON SOCIALE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TEL ..... MAIL .....

NOM DU RESPONSABLE .....

CADRE RESERVE STI

SERVICE :

LVI :

N° ADHERENT :



### 3 - DECLARATION ANNUELLE DES EFFECTIFS 2023

SERVANT DE BASE A LA PROGRAMMATION  
DES CONVOCATIONS & A LA FACTURATION DES COTISATIONS

Document à retourner au service adhésion

RÉSERVÉ STI

N° adhérent :

Service médical :

Ce document est à retourner impérativement accompagné du bulletin d'adhésion

Contraintes de convocations :	
Horaires de travail :	N° SIRET :
Jour de fermeture hebdo :	Personne à contacter :
Périodes de congés annuels :	Téléphone :
Contraintes particulières :	Mail :

Raison sociale & adresse pour l'envoi des convocations :

- (1) Agents chimiques cancérigènes mutagènes et reprotoxiques  
 (2) Travaux nécessitant une autorisation de conduite  
 (3) Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages  
 (4) Port manuel habituel de charges de plus de 55 kg pour les hommes et 25 kg pour les femmes (art. 4541-9)  
 (5) Risque identifié par l'employeur après avis du médecin du travail de l'entreprise  
 (6) Champs électromagnétiques

N°	Nom - Prénom - Nom de jeune fille	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Poste de travail	Code PCS (voir site internet : <a href="http://www.sante-travail-iroise.fr/images/Codes_PCS.pdf">www.sante-travail-iroise.fr/images/Codes_PCS.pdf</a> )	Contrat CDI/CDD Apprenti	Date d'entrée	Suivi individuel adapté (SIA)					Suivi individuel renforcé (SIR)						Situations particulières								
							Travail de nuit	- 18 ans	Femme enceinte	RQTH/Inval.	Mannequin	Amiante	Plomb	CMR (1)	Agents biologiques groupes 3 et 4	Rayonnements ionisants	Risque hyperbare	Travaux sous tension	CACES (2)	Autorisation conduite	Montage-démontage échafaudage (3)	CEM (6)	Port de charges (4)	Autres (5)	Agents biologiques groupes 1 et 2	CEM (6)
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

CACHET DE L'ENTREPRISE :

DATE :

NOM & SIGNATURE :

EFFECTIF A L'ADHESION

Réservé STI

**EFFECTIF TOTAL**

dont SIS

SIA

SIR


## 4 - CONDITIONS FINANCIERES APPLICABLES AUX ADHERENTS EN 2023

(Conformément aux décisions prises par le Conseil d'Administration le 13 février 2023)

Notre cotisation **couvre** le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs et les actions en milieu de travail effectuées par votre médecin du travail, appuyé par une équipe pluridisciplinaire. Elle est à **dissocier** du nombre d'exams médicaux et de visites pratiqués.

### ■ Adhésion et droit d'entrée

L'adhésion est soumise à un droit d'entrée fixé à 20,00 € H.T. (soit 24,00 € T.T.C.) par salarié.

### ■ Cotisation annuelle

La cotisation annuelle est forfaitaire par salarié inscrit sur les déclarations annuelles des effectifs. Son montant est fixé à 95,00 € H.T. (soit 114,00 € T.T.C.). L'appel de cotisations est lancé pour les entreprises déjà adhérentes, au début de chaque année. Ce forfait couvre, quel que soit leur nombre dans l'année pour un même salarié, un ensemble de prestations réalisées par notre équipe.

### ■ Visite d'embauche

Tout nouveau salarié pris en charge par notre service, ne figurant pas sur la déclaration annuelle des effectifs, fera l'objet d'une facturation de 95,00 € H.T. (114,00 € T.T.C.). L'appel de facturation se fait chaque trimestre à terme échu.

### ■ Visite du personnel intérimaire

Quel que soit le motif de visite, la facturation s'élève à 95,00 € H.T. (soit 114,00 € T.T.C.) par intérimaire. L'appel de facturation se fait à terme échu bimestriellement.

### ■ Visite du personnel en I.N.B

Les salariés travaillant en INB (Installation Nucléaire de Base) bénéficiant d'un suivi spécifique font l'objet d'une facturation mensuelle complémentaire d'un montant forfaitaire de 300,00 € H.T. (soit 360,00 € T.T.C.). L'appel de facturation est mensuel.

### ■ Pénalisation de l'absentéisme

- Afin de favoriser la baisse de l'absentéisme aux rendez-vous médicaux et entretiens infirmiers, une pénalité a été mise en place. **Toute absence non excusée aux rendez-vous accordés sera facturée 63€ HT (75.60 TTC).**

### ■ Réinscription

L'adhérent radié pour cotisations impayées pourra adhérer de nouveau à la STI en s'acquittant des frais et cotisations dont il était redevable au moment de sa radiation. Sa réinscription se fera dans les mêmes conditions que celles prévues pour un nouvel adhérent.

. Le montant de la cotisation annuelle est voté par le Conseil d'Administration composé de chefs d'entreprise du secteur de la région bretonne.

. Chaque année une Assemblée Générale, à laquelle sont invitées toutes les entreprises adhérentes, présente en détail l'activité médicale et rend compte de la gestion de l'Association.

### MULTI-EMPLOYEURS

Si un travailleur occupe un emploi identique chez d'autres employeurs, vous pouvez mettre en place un accord pluri-employeurs (convention). Ce salarié ne sera convoqué qu'une fois pour le suivi individuel de l'état de santé dans notre service. La cotisation annuelle sera à régler par un seul et même employeur.

**Attention, les modalités de répartition de la prise en charge doivent être définies par et entre les différents employeurs et un exemplaire de cette convention doit nous être transmise.**

### IMPORTANT

Si vous avez recours à un autre service de santé au travail pour le suivi de certains de vos salariés (**Décret n°2014-423 sur les travailleurs éloignés**), vous devez nous en informer dans un délai d'un mois après votre adhésion (Coordonnées du service de santé au travail, noms des médecins du travail, liste des salariés).

### POUR CONCLURE

Après un retour postal à notre service administratif du bulletin d'adhésion, vous recevrez **l'appel de cotisation** correspondant à l'effectif présent dans votre entreprise.

**A réception du règlement**, votre adhésion à notre service de santé au travail sera effective.