



6 bis, rue de Kervézenec - 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

(Entreprise de Travail Temporaire)

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

N° SIRET

         

CODE APE

     

**RAISON SOCIALE DE L'AGENCE DE TRAVAIL TEMPORAIRE :**

.....

ADRESSE

.....

CODE POSTAL

VILLE

.....

TELEPHONE

PORTABLE

.....

MAIL

.....

**ADRESSE POUR L'ENVOI DES CONVOCATIONS MEDICALES**

ADRESSE

.....

CODE POSTAL

VILLE

.....

TEL

MAIL

.....

NOM DU RESPONSABLE

.....

**ADRESSE DE FACTURATION**

ADRESSE

.....

CODE POSTAL

VILLE

TEL

.....

MAIL

.....

NOM DU RESPONSABLE

.....

UN NUMÉRO D'ADHÉRENT

VOUS SERA TRANSMIS DÈS VALIDATION

DU PRÉSENT DOSSIER.



TARIFICATION

Quel que soit le motif de visite d'un salarié intérimaire, la prestation est facturée **95,00 € H.T.**, soit **114 € T.T.C.** (vote du Conseil d'Administration du 13 février 2023)

**Toute absence non excusée sera facturée 63€ HT (75.60 TTC).**



## UN DOCUMENT PAR ENTREPRISE UTILISATRICE

Agence de Travail temporaire :

N° adhérent :

Adresse mail :

Merci de transmettre votre demande par mail: [accueil.interimaires@sti29.fr](mailto:accueil.interimaires@sti29.fr)

ENTREPRISE UTILISATRICE :		Médecin du Travail de l'Entreprise Utilisatrice :												
Adresse complète :		Médecin du Travail de l'Agence de travail temporaire :												
NOM	Prénom	Date de naissance	Emplois	*SIR	*SIS		*SIA		si oui, merci de cocher la ou les case(s) correspondante(s)			Date et heure du rendez-vous	Date début et fin de mission	Nature de la visite demandée
					oui	non	oui	non	RQTH	Jeune < 18 ans	Femme enceinte			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>
			N°3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			VI <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/>

\*SIR = Suivi Individuel Renforcé (VI : Visite médicale effectuée par le médecin du travail de l'agence de travail temporaire, si besoin une orientation vers le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice)

\*SIS = Suivi Individuel Simple ( VI : Visite d' Information ou Examen médical) \*SIA = Suivi Individuel Adapté (RQTH, - de 18 ans, etc.)

VR = visite reprise maladie ou accident non professionnel, ou AT ≥ 30 jours, ou reprise après Maladie Professionnelle



## FICHE DE LIAISON INFORMATIONS UTILES A L'ETABLISSEMENT DU CONTRAT DE MISE A DISPOSITION



Ces informations seront transmises par l'entreprise utilisatrice à l'agence d'emploi en utilisant le présent document ou tout autre moyen

Nom de l'entreprise :   
Nom du demandeur :   
Date de la demande :

### Caractéristiques de la mission

<b>Poste demandé</b>	<input type="text"/>		
<b>Profil demandé</b>	Qualification :	<input type="text"/>	
	Compétences :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Niveau, Position, Coefficient :	<input type="text"/>	
<b>Durée</b>	Date début :	<input type="text"/>	Date de fin : <input type="text"/>
<b>Lieu exact de la mission</b>	Adresse :	<input type="text"/>	
	Code postal :	<input type="text"/>	Commune : <input type="text"/>
	Atelier :	<input type="text"/>	
	Chantier :	<input type="text"/>	
	Emplacement du poste :	<input type="text"/>	
<b>Horaires journaliers</b>	1er jour :	<input type="text"/>	
	jours suivants :	<input type="text"/>	
<b>Accueil et formation</b>	Un accueil est prévu dans l'entreprise ou sur le chantier ? (art. L4141-1 du CT)	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/> Non
	Nom de la personne chargée de l'accueil :	<input type="text"/>	
	Une formation générale à la sécurité est prévue ? (art. L4141-1 du CT)	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/> Non
	Nom du formateur :	<input type="text"/>	
Une formation au poste de travail est prévue ? (art. L4141-2 du CT)	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/> Non	
	Nom de l'interlocuteur privilégié de l'intérimaire :	<input type="text"/>	

### Caractéristiques du poste

<b>Détail des tâches à accomplir :</b>	<input type="text"/>
<b>Machine(s), matériel(s), outil(s) et produit(s) utilisé(s) :</b>	<input type="text"/>
<b>Condition(s) particulière(s) de travail prévues :</b> <small>(ex : travaux en hauteur, bruit, ambiance thermique...)</small>	<input type="text"/>

### Risques encourus au poste de travail et mesures de prévention

Risques du poste	Mesures de prévention / Equipements de protection collective
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Liste des habilitation(s), certification(s) nécessaires** (ex : habilitation électrique, CACES...) :

Des équipements de protection individuelle (EPI) sont-ils nécessaires pour ce poste ?  Oui  Non

Liste des EPI nécessaires pour le poste :

S'agit-il d'un poste à risques particuliers pour la santé et la sécurité de l'intérimaire ? (art.L4154-2 du CT)  Oui  Non

Une formation renforcée à la sécurité (avec programme et formateur) est-elle prévue ?  Oui  Non

Cette formation renforcée sera-t-elle évaluée ?  Oui  Non

Une surveillance médicale renforcée par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice est-elle prévue ?  Oui  Non

Nom : .....

Prénom : .....

Libellé du poste : .....

**Suivi individuel renforcé (Art. R4624-23 du CT) → Mentions obligatoires à renseigner**

**1<sup>ERE</sup> CATEGORIE : SALARIE EXPOSE A CERTAINS RISQUES REGLEMENTES**

- Amiante
- Plomb (Art. 4412-160 du CT)
- Agents CMR (Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques (Art. 4412-60 du CT))
- Agents biologiques des groupes 3 et 4 (Art. 4421-3 du CT)
- Rayonnements ionisants
- Milieu hyperbare
- Risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudages (Art. 4323.56 du CT)

**2<sup>EME</sup> CATEGORIE : SALARIE OCCUPANT UN POSTE AVEC UN EXAMEN D'APTITUDE SPECIFIQUE**

- Travaux sous tension (habilitation, ...)
- Jeune < 18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés
- Affectés à des postes nécessitant une autorisation de conduite (**cariste chariot automoteur, grue à tour, engin de travaux publics, nacelle, palan, pont roulant**)

**3<sup>EME</sup> CATEGORIE :**

Salariés sur liste de postes définis par l'employeur transmise au Service de Santé au Travail (après avis du Médecin du Travail et du CHSCT ou DP, motivation par écrit).

Sur décision du médecin, informé et constatant que le travailleur est affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé, sa sécurité ou celle de ses collègues ou des tiers travaillant dans l'environnement immédiat du travail (Art. R. 4624-21).

---

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR INTERIMAIRE  
EN SUIVI INDIVIDUEL ADAPTE (SIA)**

---

**SITUATION DU SALARIE (SIA) :**

- RQTH (RECONNAISSANCE QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE)
- JEUNE < 18 ANS
- FEMME ENCEINTE
- NUIT



Accueil.interimaires@metrabrest.com

L'entreprise de travail temporaire établit sa demande de RDV et la transmet à la STI



Toutes les demandes doivent être faites à l'aide des documents suivants:  
- Tableau de demande de visite médicale (1 document par entreprise utilisatrice).  
- la fiche de poste ou la fiche de liaison CARSAT.

Toutes les demandes sont centralisées auprès des secrétaires du médecin en charge des intérimaires (secteur de Brest et secteur de Lanester) pour répartition. (Guichet Unique).



Répartition des RDV salariés prioritairement vers les médecins référents, puis si besoin en direction des équipes médicales des EU.

Ouï



La demande est conforme

Non



La fiche de Poste ou de liaison est transmise  
Art R4625-9

Traitement et tri SIG/SIR

L'EU est adhérente à notre service STI

SIG/SIA

L'EU est sur le secteur géographique de notre service de santé

Confirmation du RDV

L'EU n'est pas adhérente et possède son propre service de santé au travail

Ouï en 1<sup>ère</sup> visite (VIP) médecin.



Non

Réorientation de la demande vers l'ETT pour prise de RDV auprès du service de santé concerné.

Retour de la demande vers l'ETT pour actualisation et respect de la procédure

Le RDV est nominatif. Si un autre salarié se présente, il ne sera pas reçu par le médecin. En cas de changement ou d'annulation, l'information doit être transmise au moins 48 heures ouvrées avant la date du RDV. Les Rdv programmés non confirmés dans les 72 h ouvrées seront annulés et réattribués systématiquement.



ETT: Entreprise de Travail Temporaire  
SIG: Suivi individuel général  
SIA: Suivi Individuel Adapté  
SIR: Suivi individuel Renforcé  
EU: Entreprise Utilisatrice  
STI Santé au Travail en IROISE