

Service Interprofessionnel
de Santé au Travail en Eure-et-Loir

21, rue Camille Marcille
CS 70142
28008 CHARTRES Cedex

Tél. : 02 37 25 16 00
Fax : 02 37 30 26 33

Site internet : www.sistel.asso.fr
E-mail : chartres@sistel.asso.fr


BULLETIN EMPLOYEUR PARTICULIER

**Vigilance : merci de ne pas imprimer
ce document AVANT de le remplir
informatiquement !**



Madame, Monsieur,

Veillez trouver, ci-joint, les documents à nous retourner pour votre adhésion :

- 
- le bulletin d'adhésion à compléter en ligne, à imprimer, à signer et à nous adresser par voie postale,
 - le décompte à calculer pour le règlement de l'adhésion,
 - la fiche salarié à compléter et à signer pour l'ensemble de votre effectif (à dupliquer si besoin).

Pour valider une adhésion, il est indispensable d'avoir une adresse en Eure-et-Loir afin d'affecter le/les salarié(s) à un centre de visite, notre agrément étant limité à la surveillance médicale des salariés travaillant en Eure-et-Loir. De ce fait si votre salarié n'est pas domicilié dans notre département merci de justifier votre adresse.

Nous vous informons que, conformément à l'article R.4624-39 (ci-après) du Code du travail, les examens médicaux des salariés doivent être effectués pendant le temps de travail.

« Art. R. 4624-39. - Le temps nécessité par les visites et les examens médicaux, y compris les examens complémentaires, est soit pris sur les heures de travail des travailleurs sans qu'aucune retenue de salaire puisse être opérée, soit rémunéré comme temps de travail effectif lorsque ces examens ne peuvent avoir lieu pendant les heures de travail.

« Le temps et les frais de transport nécessités par ces visites et ces examens sont pris en charge par l'employeur. »

Nos centres d'examen sont les suivants :

Anet – Bonneval – Brou – Chartres – Châteaudun – Courville-sur-Eure – Dreux – Epernon – Illiers-Combray – Janville – La Loupe – Luisant – Maintenon – Nogent-le-Rotrou – Senonches – Toury.

Les entreprises trop éloignées de l'un de ces centres verront leurs salariés examinés sur un car médical proche de leur lieu de travail. Cette prestation sera facturée **14,00€ HT** (Selon tarif en vigueur au 01/01/2020) par examen effectué (en fin de trimestre à terme échu).

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Centres Médicaux

32, bld Grindelle - BP 50206
28203 CHATEAUDUN Cedex
tél. : 02 37 94 05 40
fax : 02 37 45 61 16
e-mail : chateaudun@sistel.asso.fr

5, rue des Bas-Buissons - BP 10167
28109 DREUX Cedex
tél. : 02 37 42 07 99
fax : 02 37 64 17 80
e-mail : dreux@sistel.asso.fr

13, rue Jean Perrin-Le Val Luisant
28600 LUISANT
tél. : 02 37 35 70 36
fax : 02 37 30 72 20
e-mail : luisant@sistel.asso.fr

58 bis, rue de la Ferté
28130 MAINTENON
tél. : 02 37 18 08 10
fax : 02 37 27 13 03
e-mail : maintenon@sistel.asso.fr

17, rue Tochon
28400 NOGENT LE ROTROU
tél. : 02 37 53 59 53
fax : 02 37 52 32 83
e-mail : nogent@sistel.asso.fr

Service Interprofessionnel
de Santé au Travail en Eure-et-Loir

21, rue Camille Marcille
CS 70142
28008 CHARTRES Cedex

Tél. : 02 37 25 16 00
Fax : 02 37 30 26 33

Site internet : www.sistel.asso.fr
E-mail : chartres@sistel.asso.fr

Réservé à nos services :

Adhérent : _____

BULLETIN D'ADHESION EMPLOYEUR PARTICULIER

Les dispositions relatives à la surveillance de l'état de santé des travailleurs, définie notamment par les articles L. 4624-1 à L. 4625-2 du Code du travail, s'appliquent aux salariés du particulier employeur.

Nom de l'employeur :	
Téléphone :	
Mail :	
Rue :	
Code Postal:	Ville :
SIRET : 047 642 525 90002	N.A.F : 9700Z
Activité économique de l'entreprise : Employeur particulier	
Adresse pour facturation si différente :	
« Tout dossier incomplet ne permettra pas l'enregistrement de votre adhésion. »	

Nombre de salariés : _____ (reporté automatiquement et informatiquement sur le décompte en p.3)

Dois-je déclarer un salarié multi-employeur ?

Chaque employeur est responsable d'initier le suivi de santé au travail pour son propre salarié. Les dérogations qui permettaient d'initier un suivi pour l'ensemble des employeurs d'un même salarié ont été abrogées suite à de récentes évolutions législatives.

L'employeur ci-dessus désigné, déclare, après en avoir pris connaissance, s'engager à respecter les statuts et le règlement Intérieur du Service Interprofessionnel de Santé au Travail d'Eure-et-Loir disponibles sur notre site internet www.sistel.asso.fr. L'objet de l'association est l'organisation, le fonctionnement et la gestion du service de santé au travail interentreprises avec pour finalité d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail. Il demande son adhésion comme membre de ladite association, et prend l'engagement :

- D'informer son personnel salarié du fonctionnement du service médical, de transmettre aux intéressés leurs convocations aux examens et de faciliter la présentation aux dits examens, de fournir périodiquement à l'association l'état nominatif des salariés, de signaler les embauches et les sorties, les reprises du travail après absence pour maladie ou accident via le portail adhérent.
- De verser les cotisations fixées par le conseil d'administration de l'association dans les conditions et selon les modalités arrêtées par ledit conseil.

Je déclare n'employer aucun autre travailleur salarié dans mon établissement situé en Eure-et-Loir.

Cachet & Signature

Réservé cabinet comptable :
Code de rattachement :

À :	Le :
Signature :	
Nom et Fonction du signataire	

DECOMPTE A CALCULER

Vigilance : merci de ne pas imprimer ce document AVANT de le remplir informatiquement !

Selon tarif en vigueur du **01/01/2020** au **31/12/2020**

Frais de dossier / Droit d'entrée HT		=			
(Nbr de salariés déclarés en p.2) +					
Droit d'entrée proportionnel par salarié(s) HT	X	=	
* Cotisations HT	X	=	
+					
Suppléments SIR (voir fiche salarié ci-dessous) HT	X	=	
=					
		TOTAL HT	=	
(TVA sur encaissements)		TVA 20,00 %	=	
		TOTAL TTC	=	

Exemple pour 1 salarié (sans risque particulier) :
 $62 + (1 \times 31) + (1 \times 62) = 155 \text{ € HT (soit } 186 \text{ € TTC)}$

Règlement à effectuer obligatoirement à l'adhésion par :

- Chèque bancaire à l'ordre de **SISTEL**
- Virement bancaire (RIB de SISTEL ci-dessous) (*libeller : adhésion + nom entreprise si possible*)

BNP PARIBAS REGION CENTRE			
Banque	Guichet	N° compte	Clé
30004	02560	00010537427	85
IBAN			BIC
FR76 3000 4025 6000 0105 3742 785			BNPAFRPPXXX

- Prélèvement (*merci de nous faire parvenir votre RIB avec le mandat SEPA ci-dessous*)

POUR INFORMATION

Selon l'article 20 de notre règlement intérieur toute absence injustifiée à une convocation au moins 2 jours ouvrés à l'avance peut-être assortie d'une sanction financière.

* Cette cotisation est due en totalité quelle que soit la date d'adhésion.

Pour les années suivantes, la cotisation sera calculée sur un pourcentage de la masse salariale plafonnée sécurité sociale qui ne pourra être inférieur à une cotisation minimum.

Mandat de prélèvement SEPA

- Référence Unique du Mandat : MDPN.....
- Code de suivi restitué par la banque :
- Date :

Réservé à nos services

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SISTEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SISTEL.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Créancier

NOM et ADRESSE du créancier :

SISTEL
21 rue Camille Marcille
CS 70142
28008 CHARTRES CEDEX 08

ICS : FR62ZZZ609994

Débiteur

Nom Prénom ou raison sociale du débiteur :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Coordonnées IBAN du compte à débiter (merci de joindre un RIB) :

BIC :

Type de paiement : ponctuel paiement récurrent / répétitif

A retourner complété et signé à l'adresse ci-dessus.


Fait à : le :

SIGNATURE

Nom et Fonction du signataire :

A réception, nous vous ferons parvenir un mandat complété contenant la référence RUM ainsi que le code de suivi avec votre accusé d'adhésion à notre service de santé au travail.

Situation civile :

Nom de naissance :	Statut : Salarié <input type="checkbox"/>
Nom marital :	
Prénom :	Date d'embauche :
Date de naissance :	Poste de travail :
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Type de Contrat :
N° Sécurité Sociale :	Code PCS / CSP* : 
Adresse :	Date de fin de période d'essai :
	Date de fin de contrat :

*Pour trouver le code CSP se référer à la nomenclature INSEE disponible sur internet (www.insee.fr) : LIEN

Déterminant Suivi Individuel :

Catégorie déclarée :

- 1 - Moins de 18 ans non affectés à travaux réglementés
- 2 - Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher
- 3 - Salarié exposé à l'amiante
- 4 - Rayonnements ionisants catégorie A
- 5 - Salarié exposé au plomb
- 6 - Salarié exposé au risque hyperbare
- 7 - Salarié exposé aux agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 (ABP3 et 4)
- 8 - Salarié exposé au CMR 1A 1B
- 9 - Travailleur handicapé (TH)
- 10 - Travailleur de nuit
- 11 - Rayonnements ionisants catégorie B
- 12 - Titulaire d'une pension d'invalidité
- 13 - Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- 14 - Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée
- 15 - Moins de 18 ans affectés aux travaux réglementés
- 16 - Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d'échafaudage
- 17 - Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (CACES)
- 18 - Habilitation électrique (travaux sur installations électriques)
- 19 - Salarié exposé à manutention manuelle, port de charges > 55kg (R4541-9)
- 20 - Risques particuliers motivés par l'employeur

Rappel : « Tout dossier incomplet ne permettra pas l'enregistrement de votre adhésion. »

Contact pour le suivi médical :

Mr <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :
Tel :	
Adresse e-mail pour envoi des convocations 1 :	
Adresse e-mail pour envoi des convocations 2 :	
Adresse e-mail pour envoi fiche de visite si différente :	
Contrainte de convocation :	

Signature (Nom et Fonction du signataire)

À :	Le :

Si votre salarié fait partie d'une de ces catégories merci de cocher la case correspondante dans le tableau.

Ces risques vont déterminer la nature de la surveillance médicale de vos salariés. L'évaluation de ces risques relève de la responsabilité de l'employeur (Art. L4121-1 et suivants du Code du travail).

	Risques professionnels	Type de suivi	Références du Code du travail
Cas particulier (Pour information, pas de frais supplémentaire)	Travailleurs âgés de moins de 18 ans	"S.I.A" Suivi individuel adapté Visite d'information et de prévention avant l'affectation sur le poste	C. trav., art. R. 4624-18
	Travail de nuit	"S.I.A" Suivi individuel adapté Visite d'information et de prévention avant l'affectation sur le poste	C. trav., art. R. 4624-18
	Risque biologique (agents biologiques du groupe 2)	"S.I.A" Suivi individuel adapté Visite d'information et de prévention avant l'affectation au poste	C. trav., art. R. 4426-7
	Champs électromagnétiques	"S.I.A" Suivi individuel adapté Visite d'information et de prévention avant l'affectation au poste	C. trav., art. R. 4453-8 et R. 4453-10
S.I.R Salariés exposés aux risques suivants	L'amiante	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction mentionnés à l'article R. 4412-60	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R. 4421-3	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Rayonnements ionisants	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Risque hyperbare	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23
	Jeunes de 15 ans au moins et moins de 18 ans affectés aux travaux interdits susceptibles de dérogation	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4153-40
	Autorisation de conduite (type CACES)	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. Art R4323-56
	Habilitation électrique	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4544-10
	Liste fournie par l'employeur*	"S.I.R" Suivi individuel renforcé	C. trav., art. R. 4624-23

*.-S 'il le juge nécessaire, l'employeur complète la liste des postes entrant dans les catégories mentionnées au I.de l'article R.4624-23 du code du travail par des postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-2, après avis du ou des médecins concernés et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel s'ils existent, en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 et, le cas échéant, la fiche d'entreprise prévue à l'article R. 4624-46. Cette liste est transmise au service de santé au travail, tenue à disposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi et des services de prévention des organismes de sécurité sociale et mise à jour tous les ans. L'employeur motive par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste.

Fiche à dupliquer en fonction du nombre de vos salariés

Fiche Salarié

CADRE RESERVE A NOS SERVICES

N° Adh Nom

Situation civile :	
Nom de naissance :	Statut : Salarié <input type="checkbox"/>
Nom marital :	
Prénom :	Date d'embauche :
Date de naissance :	Poste de travail :
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Type de Contrat :
N° Sécurité Sociale :	Code PCS / CSP* :
Adresse :	Date de fin de période d'essai :
	Date de fin de contrat :

*Pour trouver le code CSP se référer à la nomenclature INSEE disponible sur internet (www.insee.fr) : LIEN

Déterminant Suivi Individuel :	
Catégorie déclarée :	
<input type="checkbox"/>	1 - Moins de 18 ans non affectés à travaux réglementés
<input type="checkbox"/>	2 - Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher
<input type="checkbox"/>	3 - Salarié exposé à l'amiante
<input type="checkbox"/>	4 - Rayonnements ionisants catégorie A
<input type="checkbox"/>	5 - Salarié exposé au plomb
<input type="checkbox"/>	6 - Salarié exposé au risque hyperbare
<input type="checkbox"/>	7 - Salarié exposé aux agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 (ABP3 et 4)
<input type="checkbox"/>	8 - Salarié exposé au CMR 1A 1B
<input type="checkbox"/>	9 - Travailleur handicapé (TH)
<input type="checkbox"/>	10 - Travailleur de nuit
<input type="checkbox"/>	11 - Rayonnements ionisants catégorie B
<input type="checkbox"/>	12 - Titulaire d'une pension d'invalidité
<input type="checkbox"/>	13 - Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
<input type="checkbox"/>	14 - Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée
<input type="checkbox"/>	15 - Moins de 18 ans affectés aux travaux réglementés
<input type="checkbox"/>	16 - Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d'échafaudage
<input type="checkbox"/>	17 - Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (CACES)
<input type="checkbox"/>	18 - Habilitation électrique (travaux sur installations électriques)
<input type="checkbox"/>	19 - Salarié exposé à manutention manuelle, port de charges > 55kg (R4541-9)
<input type="checkbox"/>	20 - Risques particuliers motivés par l'employeur

Rappel : « Tout dossier incomplet ne permettra pas l'enregistrement de votre adhésion. »