

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](http://www.sistel.asso.fr)  
E-mail : [chartres@sistel.asso.fr](mailto:chartres@sistel.asso.fr)

## BULLETIN REPRISE PERSONNEL

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

Document à renseigner obligatoirement  
pour la réouverture de votre compte.



Madame, Monsieur,

Nous prenons bonne note que vous occupez à nouveau du personnel salarié, et de ce fait nous vous prions de trouver ci-joint les documents à nous retourner pour la réouverture de votre compte :

- le décompte ci-dessous de vos cotisations au titre de l'exercice 2022,
- le bulletin de reprise à compléter en ligne, à imprimer, à signer et à nous adresser par voie postale,
- la fiche salarié à compléter et à signer pour l'ensemble de votre effectif (à dupliquer si besoin).

|  |  | (Nbr de salariés) |   |       |
|--|--|-------------------|---|-------|
| * Cotisations HT   |  | .....             | = | ..... |
|  |  |                   |   | +     |
| Suppléments SIR<br>(voir fiche salarié<br>ci-dessous) HT |  | .....             | = | ..... |
|  |  |                   |   | +     |
| ** Alternant   |  | .....             | = | ..... |
|  |  |                   |   | =     |
| (TVA sur<br>encaissements)                               |  | TOTAL HT          | = | ..... |
|  |  | TVA 20,00 %       | = | ..... |
|  |  | <b>TOTAL TTC</b>  | = | ..... |

\* Cette cotisation est due en totalité quelle que soit la date de reprise du personnel.

\*\* Alternant : contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation.

Exemple pour 2 salariés (sans risque particulier) :  $2 \times 78 = 156 \text{ € HT}$

A la réception du bulletin de reprise, de la fiche salarié, et de votre règlement, nous reprendrons la surveillance médicale de votre personnel.

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

Le service comptabilité

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](http://www.sistel.asso.fr)  
E-mail : [chartres@sistel.asso.fr](mailto:chartres@sistel.asso.fr)

**A renseigner obligatoirement :**

N°Adhérent : \_\_\_\_\_

## BULLETIN REPRISE PERSONNEL

|   |   |
|---|---|
| <b>Forme Juridique :</b>  | <b>Raison Sociale :</b>                 |
| <b>Nom du responsable légal au sein de l'entreprise :</b>   |   |
| <b>Téléphone :</b>  |   |
| <b>Mail :</b>   |   |
| <b>Rue :</b>  |   |
| <b>Code Postal:</b>   | <b>Ville :</b>                          |
| <b>SIRET :</b>  | <b>N.A.F : (4 chiffres et 1 lettre)</b> |
| <b>Quel est votre secteur d'activité : (veuillez sélectionner votre secteur dans la liste déroulante)</b> |   |
|   |   |
| <b>Activité économique de l'entreprise :</b>  |   |
| <b>Adresse pour facturation si différente :</b>   |   |
| <b><u>« Tout dossier incomplet ne permettra pas l'enregistrement de votre adhésion. »</u></b>             |   |

Votre établissement est fermé le \_\_\_\_\_ de chaque semaine.

Nombre de salariés : \_\_\_\_\_ (reporté automatiquement et informatiquement sur le décompte en p.1)

L'entreprise ou l'établissement 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](http://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 le personnel salarié de son établissement 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**

\_\_\_\_\_

N°Adhérent : \_\_\_\_\_

Raison Sociale : \_\_\_\_\_

**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.

**A renseigner obligatoirement :**

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Raison Sociale : \_\_\_\_\_

**Situation civile :**
**Situation dans l'entreprise :**

|  |   |
|--|---|
| Nom de naissance :   | Statut : Salarié <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/>                        |
| Nom marital :  | Agent de la fonction publique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>             |
| 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](http://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. »**
**Contact au sein de l'entreprise 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 : |   |
| CE <input type="checkbox"/>                               | CHCST <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> |
| Contrainte de convocation :                               |   |

**Cachet & Signature (Nom et Fonction du signataire)**

|     |      |
|-----|------|
| À : | Le : |
|     |      |

Fiche à dupliquer si nécessaire (selon le nombre de vos salariés)

Ne pas dupliquer

**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          |
|--|--|--|--|
| <b>Cas particulier<br/>(Pour information, pas de frais supplémentaire)</b> | Travailleurs âgés de moins de 18 ans   | "S.I.A" Suivi individuel adapté<br><b>Visite d'information et de prévention avant l'affectation sur le poste</b> | C. trav., art. R. 4624-18              |
|  | Travail de nuit  | "S.I.A" Suivi individuel adapté<br><b>Visite d'information et de prévention avant l'affectation sur le poste</b> | C. trav., art. R. 4624-18              |
|  | Risque biologique (agents biologiques du groupe 2)   | "S.I.A" Suivi individuel adapté<br><b>Visite d'information et de prévention avant l'affectation au poste</b>     | C. trav., art. R. 4426-7               |
|  | Champs électromagnétiques  | "S.I.A" Suivi individuel adapté<br><b>Visite d'information et de prévention avant l'affectation au poste</b>     | C. trav., art. R. 4453-8 et R. 4453-10 |
| <b>S.I.R Salariés exposés aux risques suivants</b>                         | 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

**Une fiche par salarié**

**A renseigner obligatoirement :**

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Raison Sociale : \_\_\_\_\_

| Situation civile :    |   | Situation dans l'entreprise :    |   |
|-----------------------|---|----------------------------------|---|
| Nom de naissance :    |   | Statut :                         | Salarié <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> |
| Nom marital :         |   | Agent de la fonction publique :  | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>             |
| 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](http://www.insee.fr)) : LIEN

| Déterminant Suivi Individuel : |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Catégorie déclarée :</b>    |   |
| <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. »**