Sistel
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 AGENCE D'INTERIM

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

Madame, Monsieur,

Veuillez 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 du personnel d'agence en Eure-et-Loir (à dupliquer si besoin),
- la fiche de demande de visite intérimaire (à dupliquer si besoin).

Pour valider une adhésion, il est indispensable d'avoir une adresse en Eure-et-Loir afin d'affecter votre agence 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 agence n'est pas située dans notre département, merci de nous justifier le lieu de travail et l'adresse de votre personnel intérimaire.

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. »

Pour les salariés intérimaires en mission, il sera appelé une cotisation forfaitaire sur une base de cotisation décidée par le Conseil d'Administration pour chaque convocation, facturée chaque trimestre à terme échu.

Tarifs 2021 : Visite salarié SI : 82 € HT - Visite salarié SIR : 104 € HT

Nos centres d'examen sont les suivants :

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

Les entreprises trop éloignées de l'un de ces centres verront leurs salariés examinés sur un car médical proche de leur lieu de travail.

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

Sistel
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 AGENCE D'INTERIM

Forme Juridique :	**Raison Sociale :**
Nom du responsable légal au sein de l'agence :	
Téléphone :	
Mail :	
Rue :	
Code Postal:	**Ville :**
SIRET :	**N.A.F :** **(4 chiffres et 1 lettre)**
Secteur d'activité : intérim	
Adresse pour facturation si différente :	

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

Contact au sein de l'agence pour le suivi médical :		
Mr ☐	**Mme** ☐	
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 ☐	**CHCST** ☐	**CSE** ☐
Contrainte de convocation :		

Votre agence est fermée le de chaque semaine.

Nombre de salariés : (Permanent(s) de l'agence, reporté automatiquement sur le décompte en p.3)

L'agence ci-dessus désignée, 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 fonctio nnement 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. Elle demande son adhésion comme membre de ladite association, et prend l'engagement :

- D'informer le personnel salarié de son agence 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 agence située 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 **01/01/2021** au **31/12/2021***

Frais de dossier / Droit d'entrée HT	50,00 €		=	**50,00 €**

Attention : ne pas prendre en compte les intérimaires dans ce décompte. Si vous n'avez pas de permanent, vous avez juste les frais de dossier à régler, soit 50€ HT.

+

(Nbr de salariés permanents déclarés en p.2)

↓

* Cotisations HT	70,00 €	X	.....	=	0,00
				+	
Suppléments SIR (voir fiche salarié ci-dessous) HT	22,00 €	X	.....	=	0,00
				=	
			TOTAL HT	=	50,00
(TVA sur encaissements)			TVA 20,00 %	=	10,00
			TOTAL TTC	=	60,00

Exemple pour 2 salariés permanents (sans risque particulier) :
50 + (2 x 70) = 190 € HT

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 agence 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 18 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.

CADRE RESERVE A NOS SERVICES	
N° Adh	Nom

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.

Sistel

CADRE RESERVE A NOS SERVICES	
N° Adh	Nom

Une fiche par Salarié permanent

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

Situation civile :	Situation dans l entreprise :
Nom de naissance :	Statut : Salarié permanent ☐
Nom marital :	
Prénom :	Date d'embauche :
Date de naissance :	Poste de travail :
Sexe : Homme ☐ Femme ☐	Type de Contrat : CDI
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 référencer a la nomenclature INSEE disponible sur internet (www.insee.fr) : LIEN

Déterminant Suivi Individuel :	
Catégorie déclarée : SI : Suivi Individuel simple	
☐	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

Cachet & Signature

À :	Le :
Signature :	
Nom et Fonction du signataire	

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

Demande de visite pour un salarié intérimaire

Fiche à dupliquer si nécessaire

Date de la demande :

Numéro d'adhérent :

Nom de l'entreprise travail temporaire :

Nom de l'entreprise utilisatrice :

Postes de travail : 1°) 2°) 3°)

Identification salarié et poste de travail	**Cas particuliers** (Pour information, pas de frais supplémentaire)				**S.I.R** Salariés exposés aux risques suivants : Soumis au supplément SIR (se reporter à la liste ci-après)											
Civilité : ◉ Madame ○ Monsieur Nom : Prénom: Nom de naissance : Date de naissance : Date affectation poste: Handicapé ou titulaire pension invalidité ☐ Date fin de contrat : **https://aptinterim.val-solutions.fr/PortailInterimaire** **Aptitude en cours sur portail régional intérimaire** ☐ Oui ☐ Non identifiant et mot de passe oubliés : **informatique@sistel.asso.fr**	Moins de 18 ans	Travail de nuit	Agents biologiques 2	Champs électromagnétiques	Amiante	Plomb	Agents cancérogènes (CMR)	Agents biologiques 3 & 4	Rayonnements ionisants	Risque Hyperbare	Echafaudage montage/démontage	Mineur avec dérogation	Autorisation de conduite	Habilitation électrique	Liste fournie par l'employeur (1)
Cocher les cas particuliers et risques si salarié concerné Le salarié n'est concerné par aucun de ces risques ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Visites de reprise :

- ☐ Maladie : date de début d'arrêt
- ☐ Accident de travail
- ☐ Maladie professionnelle
- ☐ Maternité
- ☐ Autre visite (sauf embauche)

(1) Liste fournie par l'employeur :

DATE / VISA DE L'ENTREPRISE TRAVAIL TEMPORAIRE

Le :

Date de début d'arrêt : Date de fin d'arrêt :

Date de reprise :

Sistel

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.