



185 Route de Lyon 24000 PERIGUEUX  
Siret 781.701.313.001.11  
FAX : 05.53.45.45.01  
COURRIEL : j.azot@simt24.org

<b>N :</b>
Code Secteur : Code Centre : Code Lieu Visite :

**BULLETIN D'ADHESION 2019**  
Régé par l'article R.4622-1 et suivants

NOM OU RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_ DATE DE CREATION DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_

NOM DU RESPONSABLE : \_\_\_\_\_ CODE A.P.E.: \_\_\_\_\_

ACTIVITE : \_\_\_\_\_

FORME JURIDIQUE : \_\_\_\_\_ NUMERO SIRET : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION (si différente) : \_\_\_\_\_

**NOMBRES DE SALARIES EMPLOYES** \_\_\_\_\_

HORAIRE DE CONVOCATION SOUHAITE : \_\_\_\_\_

JOURS DE FERMETURE : \_\_\_\_\_

DROIT D'ENTREE PAR SALARIE : **9.15 € X** = \_\_\_\_\_

COTISATION ANNUELLE PAR SALARIE : **63.00 € X** = \_\_\_\_\_

TOTAL HT = \_\_\_\_\_

T.V.A. 20% = \_\_\_\_\_

TOTAL TTC = \_\_\_\_\_

Je verse ce jour la somme de : \_\_\_\_\_

Représentant les frais d'entrée et la cotisation pour l'année 2019

- par CCP
- par chèque bancaire
- par virement Crédit Agricole 12406 00050 00194203004/94

Vous recevrez une facture acquittée dès la création de votre compte adhérent.

L'année prochaine votre cotisation sera assise sur 0.38 % de la masse salariale plafonnée.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

CACHET

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*(Ce document est à remplir et à renvoyer)***ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Adhérent : .....

**SALARIÉ(E) :**

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : ..... Date et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... N° de téléphone: .....

Date d'embauche : ..... Type de contrat : ..... Fin de contrat (si CDD) : .....

Date de la dernière visite médicale : .....

*(Si vous avez la précédente fiche d'aptitude ou attestation de suivi, merci de nous la transmettre)***Poste de travail occupé ou 3 emplois intérimaires :**

.....

.....

.....

 **SALARIÉ NON EXPOSÉ AUX RISQUES CI-DESSOUS (SIS)****SUIVI INDIVIDUEL ADAPTÉ (SIA)**

- Reconnu Travailleur Handicapé  
 Travailleur en invalidité  
 Travailleur de moins de 18 ans  
 Femme enceinte ou allaitante

Poste de travail de nuit  
 (Art R 3122-29 au 3122-31)

- Agents biologiques du groupe 2  
 Champs électromagnétiques

**SUIVI INDIVIDUEL RENFORCÉ (SIR)**

(Code du travail art R4624-23)

- Amiante  
 Plomb  
 Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) de catégorie 1a ou 1b  
 Agents biologiques des groupes 3 et 4  
 Rayonnements ionisants  
 Hyperbare  
 Chute de hauteur lors du montage et du démontage des échafaudages  
 Habilitation électrique  
 Autorisation de conduite pour CACES, ponts roulants, engins, grues ...  
 Homme port de charge supérieur à 55kg sans aide mécanique (article R 4541-9)  
 Femme port de charge supérieur à 25kg sans aide mécanique  
 Travailleur < 18 ans (si travaux dangereux soumis à dérogation)

**A réception de ce document complété, notre secrétariat médical prendra contact avec vous afin de fixer un rendez-vous.**

**PRIERE DE JOINDRE LA FICHE DE POSTE DU SALARIE****A renvoyer par mail à l'adresse de la secrétaire**