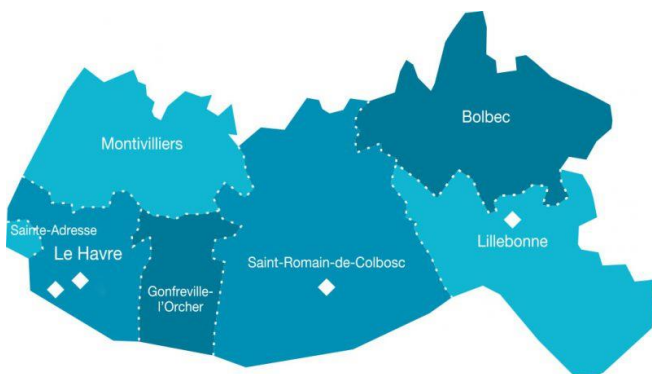


# BULLETIN D'ADHESION 2019

## SALARIES ELOIGNES

### Consignes préalables à l'adhésion

Avant de débuter votre adhésion, vérifiez que votre entreprise est située sur notre zone géographique de compétences et que l'activité de votre entreprise rentre dans le cadre de compétences professionnelles.



Conformément à son agrément, Santra Plus exerce ses missions auprès de **tous les établissements et entreprises implantés au Havre et dans son agglomération**. Sont aussi concernées les **entreprises de travail temporaire et les entreprises extérieures qui interviennent dans les installations nucléaires de base (INB)**. Sont exclues de notre agrément, les entreprises du BTP, de la manutention portuaire qui occupent du personnel docker, les entreprises du régime agricole et les organismes publics

### Préparer l'adhésion

Avant de remplir vos adhésions, nous vous conseillons de vous munir des informations suivantes :

#### Informations administratives concernant votre entreprise :

- Forme juridique
- Code APE et N° de SIRET
- Un extrait de K bis
- Votre adresse mail

Si vous ne disposez pas encore d'une adresse mail propre à votre entreprise, nous vous invitons à en créer une avant de débuter votre saisie.

#### Informations concernant vos salariés :

- Identité (nom de naissance et nom marital – prénom – date de naissance)
- Type de contrat et emploi
- Date d'embauche.

Si vous rencontrez des problèmes au cours de votre saisie ou si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez contacter notre interlocutrice au **02 32 74 88 66 / 02 35 19 31 86.**

**RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE**


.....

**ETABLISSEMENT**

Enseigne :

Forme Juridique : ..... Activité principale : .....

Code APE : \_\_\_\_\_ Siret : \_\_\_\_\_

 Adresse : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

**RESPONSABLE ETABLISSEMENT**

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone..... Fax .....

Email :.....

**GESTION DES CONVOCATIONS** (si différent du responsable établissement)

Enseigne (si différente) : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

✉ Adresse de convocation : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Téléphone..... Fax .....

Email : .....

**GESTION DE LA FACTURATION** (si différent du responsable établissement)

Enseigne (si différente) : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

✉ Adresse de facturation : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Téléphone..... Fax .....

Email : .....

# Effectif 2019



Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé (conformément au nouvel article R. 4624-22 du Code du travail). L'article R. 4624-23 du Code du travail définit trois grandes catégories de postes à risques :

- **Catégorie 1** : L'exposition du salarié à certains risques professionnels réglementairement prévus : Amiante, Plomb (article R. 4412-160 C.T.), Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction CMR (article R. 4412-60 du C.T.), Agents biologiques des groupes 3 et 4 (articles R. 4421-3 et R. 4426-7 Alinéa 1er C.T.), Rayonnements ionisants (article R. 4451-44 C.T.), Risque hyperbare, Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages.
- **Catégorie 2** : L'affectation du salarié sur un poste de travail qui nécessite un examen d'aptitude spécifique, tel que prévu par le Code du travail : Autorisation de conduite, habilitation électrique, travaux dangereux réglementés pour jeunes travailleurs, manutention manuelle inévitable de charges de + de 55 kg).
- **Catégorie 3** : L'inscription complémentaire de postes listés par l'employeur :
  - En cohérence avec l'évaluation des risques au sein de son entreprise (article L. 4121-3 C.T.) et le DUERP (article R.4121-2 C.T.) et la fiche d'entreprise (article R. 4624-37 ou - 46 C.T.) ;
  - Après avis du médecin du travail et du CHSCT (à défaut les délégués du personnel).
  - Charge à l'employeur de motiver par écrit l'inscription de tout poste supplémentaire sur cette liste.

Nom de naissance : .....Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom marital : .....Emploi : .....

Type de contrat : .....Date d'embauche : .....

Cocher la ou les correspondantes.

## Suivi Individuel (SI) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cas général hors risque particulier                | <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)          |
| <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés. | <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée. |

## Suivi Individuel Adapté (SIA) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Travailleur de nuit                              | <input type="checkbox"/> Travailleur handicapé                             |
| <input type="checkbox"/> Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher. |

## Suivi Individuel Renforcé (SIR) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié exposé à l'amiante  | <input type="checkbox"/> Salarié exposé au plomb   |
| <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)                             | <input type="checkbox"/> Salarié exposé au risque hyperbare  |
| <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B   | <input type="checkbox"/> Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de conduite  | <input type="checkbox"/> Manutention manuelle, port de charges > de 55kg (R4541-9)                               |
| <input type="checkbox"/> Habilitation électrique (travaux sous installations électriques)                        |  |
| <input type="checkbox"/> Salarié exposé aux agents Cancérigènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR) |  |

## Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants Cat A | <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés. |
|---|---|

Nom de naissance : .....Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom marital : .....Emploi : .....

Type de contrat : .....Date d'embauche : .....

Cocher la ou les correspondantes.

**Suivi Individuel (SI) :**

- Cas général hors risque particulier
- Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés.
- Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée.

**Suivi Individuel Adapté (SIA) :**

- Travailleur de nuit
- Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
- Travailleur handicapé
- Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher.

**Suivi Individuel Renforcé (SIR) :**

- Salarié exposé à l'amiante
- Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)
- Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B
- Autorisation de conduite
- Habilitation électrique (travaux sous installations électriques)
- Salarié exposé aux agents Cancérogènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR)
- Salarié exposé au plomb
- Salarié exposé au risque hyperbare
- Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage
- Manutention manuelle, port de charges > de 55kg (R4541-9)

**Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :**

- Rayonnements ionisants Cat A
- Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés.

Nom de naissance : .....Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom marital : .....Emploi : .....

Type de contrat : .....Date d'embauche : .....

Cocher la ou les correspondantes.

**Suivi Individuel (SI) :**

- Cas général hors risque particulier
- Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés.
- Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée.

**Suivi Individuel Adapté (SIA) :**

- Travailleur de nuit
- Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
- Travailleur handicapé
- Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher.

**Suivi Individuel Renforcé (SIR) :**

- Salarié exposé à l'amiante
- Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)
- Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B
- Autorisation de conduite
- Habilitation électrique (travaux sous installations électriques)
- Salarié exposé aux agents Cancérogènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR)
- Salarié exposé au plomb
- Salarié exposé au risque hyperbare
- Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage
- Manutention manuelle, port de charges > de 55kg (R4541-9)

**Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :**

- Rayonnements ionisants Cat A
- Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés.

Nom de naissance : .....Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom marital : .....Emploi : .....

Type de contrat : .....Date d'embauche : .....

Cocher la ou les correspondantes.

**Suivi Individuel (SI) :**

- Cas général hors risque particulier
- Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés.
- Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée.

**Suivi Individuel Adapté (SIA) :**

- Travailleur de nuit
- Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
- Travailleur handicapé
- Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher.

**Suivi Individuel Renforcé (SIR) :**

- Salarié exposé à l'amiante
- Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)
- Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B
- Autorisation de conduite
- Habilitation électrique (travaux sous installations électriques)
- Salarié exposé aux agents Cancérogènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR)
- Salarié exposé au plomb
- Salarié exposé au risque hyperbare
- Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage
- Manutention manuelle, *port de charges > de 55kg (R4541-9)*

**Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :**

- Rayonnements ionisants Cat A
- Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés.

Nom de naissance : .....Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom marital : .....Emploi : .....

Type de contrat : .....Date d'embauche : .....

Cocher la ou les correspondantes.

**Suivi Individuel (SI) :**

- Cas général hors risque particulier
- Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés.
- Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée.

**Suivi Individuel Adapté (SIA) :**

- Travailleur de nuit
- Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
- Travailleur handicapé
- Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher.

**Suivi Individuel Renforcé (SIR) :**

- Salarié exposé à l'amiante
- Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)
- Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B
- Autorisation de conduite
- Habilitation électrique (travaux sous installations électriques)
- Salarié exposé aux agents Cancérogènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR)
- Salarié exposé au plomb
- Salarié exposé au risque hyperbare
- Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage
- Manutention manuelle, *port de charges > de 55kg (R4541-9)*

**Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :**


- Rayonnements ionisants Cat A
- Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés.



## Calcul de la cotisation 2019



**Article L4622-6 du Code du Travail** : Les dépenses afférentes aux services de Santé au Travail sont à la charge des employeurs. Dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre des salariés.

Type de surveillance	Nombre de salariés	Cotisation HT/Salarié	Total
<b>SI</b> (Suivi Individuel) <b>Périodicité 5 ans</b>	.....	<b>82€</b>	.....
<b>SIA</b> (Suivi Individuel Adapté) <b>Périodicité 3 ans</b>	.....	<b>115€</b>	.....
<b>SIR</b> (Suivi Individuel Renforcé) <b>Périodicité 2/4 ans</b>	.....	<b>132€</b>	.....
<b>SIRA</b> (Suivi Individuel Renforcé Annuel)	.....	<b>165€</b>	.....
 <p><b>ATTENTION</b>, dans le cas où plusieurs catégories sont cochées pour un même salarié, c'est le risque particulier le plus élevé, nécessitant un suivi individuel plus régulier qui est retenu.</p> <p><b>Ex : Un salarié comptable reconnu handicapé. Vous cochez = SI (cas général) et SIA (travailleur handicapé). C'est le SIA « travailleur handicapé » qui est pris en compte.</b></p>		<p><b><u>Frais d'adhésion dû</u></b></p> <p>de 1 à 10 salariés: 15 € .....  de 11 à 50 salariés : 45 € .....  + de 50 salariés : 75 € .....</p>	
		<b>Total</b>	.....
		<b>TVA 20 %</b>	.....
		<b>Montant à payer</b>	.....



**Les absences non justifiées par écrit 48 heures ouvrées avant la date du rendez-vous, seront facturées 94,00 € HT**

# Règlement

Nous vous prions de bien vouloir nous adresser votre bulletin d'adhésion complet accompagné :

- ✓ D'un chèque libellé à l'ordre de : « Santra Plus »  
(Si vous souhaitez effectuer un virement, contacter le service relation adhérents pour obtenir notre RIB)
- ✓ D'un extrait K Bis,
- ✓ De votre fiche d'entreprise
- ✓ Du mandat SEPA si vous optez pour un prélèvement pour les factures à venir

Par courrier à **Santra Plus – Service adhésion** – CS 20874 – 76087 LE HAVRE CEDEX :

Je soussigné(e) ..... , dûment habilité(e) à représenter la société ci-dessus, déclare adhérer à Santra Plus et accepte les conditions générales d'adhésion.

- Je certifie que tous les salariés de l'entreprise ont été déclarés
- Je m'engage à communiquer **via le portail adhérent** tout changement concernant mes salariés (embauche, départ, changement de poste, ..)
- Je certifie avoir lu et accepté les statuts et le règlement intérieur

Fait à ..... le.....

Cadre réservé à Santra Plus	<p style="text-align: center;"><i>Signature et cachet</i></p> <p style="text-align: center;">Faire précéder la signature de la mention « <i>Lu et approuvé</i> »</p>
-----------------------------	--



# ANNEXE AU BULLETIN D'ADHESION SALARIES ELOIGNES

**Année : 2019**



Depuis l'application du décret du 24 avril 2014, les employeurs dont les salariés exécutent leur contrat de travail dans un département différent de l'établissement qui les emploie, peuvent faire appel à un service de santé au travail situé dans la zone géographique où travaillent ses salariés.

## ADHESION A UN SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DE PROXIMITE

Afin que le médecin chargé du suivi du/des salarié(s) et du/des sites éloignés dispose des informations nécessaires pour exercer ses missions de façon satisfaisante et en bonne coordination avec son homologue du service de santé principal, le chef d'établissement adresse, en vue de l'adhésion, les informations et documents indiqués ci-dessous.

### ↳ **Coordonnées du service de santé principal**

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

.....

### ↳ **Coordonnées du médecin du travail du service de santé principal**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

### ↳ **La fiche d'entreprise ou d'établissement**



# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné ..... exerçant la fonction de..... dans  
l'établissement ..... et dûment habilité à le représenter, atteste sur l'honneur que:

- Le lieu d'exercice du contrat de travail du/des salarié(s) de l'établissement est situé sur le territoire de compétence géographique de Santra Plus\*, à l'adresse :

.....  
.....  
.....

Fait à

Le

Signature et cachet de l'établissement :

\* Cantons du Havre, Gonfreville l'Orcher, Montivilliers, Saint Romain de Colbosc, Lillebonne, Bolbec.

