



Rue Louis de Bures
76200 DIEPPE
Service Médical :
02.32.90.51.10
Service Administratif :
02.32.90.51.13

Date :
N°adh :
Tél :
Adresse mail :

ANNEE 2022

A RETOURNER
AVEC LA LISTE DE VOS SALARIES

**DECLARATION
D'EFFECTIF**

1/ Nombre de salariés **non exposés** à un risque particulier : **SIS**

2/ Nombre de salariés **non exposés** à un risque particulier,
devant bénéficier d'un suivi adapté : Travailleurs handicapés,
Travailleurs titulaires d'une pension d'invalidité, Travailleurs de nuit,
Travailleurs de moins de 18 ans. **SIA**

3/ Nombre de salariés **exposés** à un risque particulier : Art R4624-23-1: **SIR**

**Nombre total de salariés inscrits à l'effectif
au**

Certifions les déclarations conformes à nos livres comptables le _____ à _____

Cachet de l'entreprise

Signature



RENSEIGNEMENTS ADHERENTS

Raison sociale
Chef d'établissement
Activité principale de l'établissement
Date d'adhésion au service médicale
Adresse mail

Adre

Responsable	Responsable
Téléphone	Téléphone
Adresse mail	Adresse mail
Adresse	Adresse
Code postal	Code postal
Ville	Ville

Existe-t-il un CHSCT OUI NON
un C.S.E. OUI NON

Nombre d'infirmières dans l'établissement :
Convention collective applicable dans votre entreprise :

Gestion des convocations

Effectif total de salariés surveillés par le service médical :
Effectif non exposé à un risque particulier

Effectif non exposé à un risque particulier, devant bénéficier d'un suivi adapté :	Hommes
Travailleurs handicapés, Travailleurs titulaire d'une pension d'invalidité,	Femmes
Travailleurs de nuit, Travailleurs de moins de 18 ans :	

Effectif exposé à un risque particulier :

Nombre maximum de salariés pouvant être convoqués dans la même demi-journée :

Indiquer les jours et heures de convocations possibles des salariés :

	Matin		Après-midi	
	Heures		Heures	
	De	A	De	A
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				Date
Vendredi				Signature



BULLETIN D'ADHESION

Exemplaire à retourner

IDENTIFICATION DU CONTRACTANT

NOM :

RAISON SOCIALE :

ACTIVITE DE L'ENTREPRISE :

SIRET

CODE NAF

IDENTIFICATION DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Adresse des lieux où s'exerce la surveillance clinique des salariés :

Je soussigné

déclare adhérer à

L'ASSOCIATION MEDICO SOCIALE DIEPPOISE

pour le suivi de santé au travail à partir du :

Cette adhésion comporte de ma part l'engagement :

- 1/ Du respect des statuts et du règlement intérieur de l'association.
- 2/ D'acquitter régulièrement les cotisations destinées à couvrir les frais de fonctionnement du service médical, et dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.
- 3/ D'envoyer mon personnel aux examens médicaux.
- 4/ D'adresser au service médical de l'association :
 - * la liste nominative des salariés y compris les salariés soumis à surveillance médicale renforcée ou adaptée,
 - * la déclaration des risques professionnels physiques ou chimiques,
 - * d'adresser au service médical la liste des nouveaux embauchés,
 - * d'adresser au service médical la liste des salariés en reprise d'activité après :
 - une absence pour maternité, maladie professionnelle,
 - une absence d'au mois 30 jours pour accident du travail, maladie, accident non professionnel.

Fait à

Le

Cachet

Signature

LISTE DES SALARIES

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom : Adresse : Nature du contrat :

Nom patronymique: Date d'embauche :

Prénom : Poste de travail :

Sexe : H F

Date de naissance : Motif de suivi :
SIS SIA SIR

Nom : Adresse : Nature du contrat :

Nom patronymique: Date d'embauche :

Prénom : Poste de travail :

Sexe : H F

Date de naissance : Motif de suivi :
SIS SIA SIR

Nom : Adresse : Nature du contrat :

Nom patronymique: Date d'embauche :

Prénom : Poste de travail :

Sexe : H F

Date de naissance : Motif de suivi :
SIS SIA SIR

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
Date de naissance :	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	

Nom :	Adresse :	Nature du contrat :
Nom patronymique:		Date d'embauche :
Prénom :	Poste de travail :	
Sexe : H F		
	Motif de suivi :	
	SIS SIA SIR	