

Bourges le

**Service adhésions** : Laurence SZANTARUK  
Tel : 02 48 23 22 40 le matin – 02 48 66 70 60 l'après midi  
Fax : 02 48 24 18 77 – Mail : [l.szantaruk@apst18.com](mailto:l.szantaruk@apst18.com)  
Adresse postale : APST18 – Service adhésions  
Technopôle Lahitolle  
8 rue Maurice Roy – CS 90 005  
18 022 BOURGES CEDEX

Objet : **Adhésion à l'APST18 – Salarié(s) isolé(s)**

Madame, Monsieur,

Faisant suite à votre demande d'adhésion à notre Service de Santé au Travail et conformément à la circulaire de la Direction Générale du Travail N° 01 du 5 février 2007 relative à l'application de la santé au travail à destination des salariés et des sites éloignés, nous vous adressons un dossier d'adhésion qui comporte :

- Un bulletin d'adhésion :
  - Questionnaire administratif
  - Fiche de déclaration (salarié isolé)
  - Calcul de vos droits d'entrée
  - Déclaration d'adhésion
- Une présentation des prestations couvertes par votre cotisation

**Merci de bien vouloir nous le retourner dûment complété, signé et accompagné de votre règlement.**

Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte et vous sera retourné.

**A réception de votre dossier**, vous recevrez une attestation d'adhésion comportant votre numéro d'adhérent.

Connectez-vous sur notre « portail adhérent » :

<https://employer.apst18.padoa.fr/#/employer/login> afin de déclarer vos salariés.

Cette démarche déclenchera :

- Les visites médicales
- Le calcul de votre cotisation.

**Votre adhésion ne sera effective qu'après validation de votre déclaration nominative en ligne.**

Les statuts et le règlement intérieur de notre Association sont consultables sur notre site : <http://www.apst18.fr>

Nous pouvons vous les adresser sur simple demande.

Nous vous prions, d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Service Adhésion  
Laurence SZANTARUK

## BULLETIN D'ADHESION (1/3)

### Questionnaire administratif

(A nous retourner)

<b>Cadre réservé à l'APST18</b>	N° Adhérent :	Médecin du Travail :
---------------------------------	---------------	----------------------

<p><b>Siège social :</b></p> <p>NOM _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>E-mail : _____</p> <p>Tel : _____ Fax : _____</p> <p>Activité : _____</p> <p>SIRET : _____</p> <p>CODE APE (NAF) : _____</p> <p>Si vous avez repris une entreprise dans la même activité, indiquer son nom et, si possible, son numéro d'adhérent : _____</p>	
<p><b>Responsable légal autorisé à représenter l'établissement :</b></p> <p>NOM _____</p>	
<p><b>Responsable des convocations :</b></p> <p>NOM _____</p> <p>E-mail : _____</p> <p>Tel : _____ Fax : _____</p>	
<p><b>Horaires de travail :</b></p> <p>de H à H et de H à H</p> <p><b>Fermeture hebdomadaire :</b></p> <p>_____</p>	
<p><b>Congés annuels / Contraintes pour les convocations :</b></p> <p>_____</p>	
<p>Dans votre entreprise, existe-t-il :</p> <p>Un <b>CHSCT</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Un <b>Comité d'Entreprise</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Dépendez-vous de la <b>Fonction Publique</b> :</p> <p>D'Etat <input type="checkbox"/> Territoriale <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalière <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Nous fournir la fiche d'entreprise du siège social de votre établissement ou de votre établissement principal (demande à faire à votre médecin du travail).</b></p> <p><b>Si vous avez un CE, nous adresser le compte rendu de la séance du comité d'entreprise ou d'établissement au cours de laquelle la consultation a été faite sur le choix du service de santé au travail de proximité (ou attestation de carence).</b></p>	

## BULLETIN D'ADHESION (2/3)

### Fiche de déclaration (salarié isolé) (A nous retourner)

Cadre réservé à l'APST18	N° Adhérent :	Médecin du Travail :
--------------------------	---------------	----------------------

Je soussigné, **M/Mme** \_\_\_\_\_  
Représentant de la **Société** \_\_\_\_\_ en qualité de \_\_\_\_\_

Souhaite adhérer à vos services pour le suivi médical de : (à compléter ou joindre un tableau récapitulatif)

**M/Mme** \_\_\_\_\_ adresse \_\_\_\_\_

**M/Mme** \_\_\_\_\_ adresse \_\_\_\_\_

**M/Mme** \_\_\_\_\_ adresse \_\_\_\_\_

**M/Mme** \_\_\_\_\_ adresse \_\_\_\_\_

Et atteste sur l'honneur que ce(s) salarié(s) occupe(nt) son(leurs) emploi(s) sur le département du Cher

**Dans les locaux : Nom de l'entreprise/Adresse :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Coordonnées du médecin référent de l'entreprise (médecin du siège)**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Tel :** \_\_\_\_\_ **Fax :** \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature de l'entreprise

## BULLETIN D'ADHESION (3/3)

### Calcul de vos droits d'entrée / Déclaration d'adhésion (A nous retourner)

#### Calcul de vos droits d'entrée :

<b>Droit d'entrée(HT)</b>	24,39 €
<b>T.V.A.</b>	4,88 €
<b>Droit d'entrée (TTC) (a)</b>	<b>29,27 €</b>
<b>Nombre total de salariés (comptant dans l'effectif de l'entreprise à ce jour) (b)</b>	
<b>Droits d'entrée : (a) x (b)</b>	€

#### Déclaration d'adhésion :

Je soussigné (Nom & Prénom) \_\_\_\_\_

(Fonction) \_\_\_\_\_

(Raison Sociale, Adresse) \_\_\_\_\_



Déclare adhérer à l'APST18 (Code du Travail, Article D4622-1 et suivants).

**CACHET & SIGNATURE**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

## VOTRE COTISATION ANNUELLE COUVRE

### Suivi de l'état de santé



- Visites d'Information et de Prévention
- Examens médicaux
- Visites de reprise ou de préreprise
- Visites à la demande (de l'employeur, du travailleur ou du médecin du travail)

### Examens médicaux



- Audiométries,
- Spirométries,
- Visiotests,
- Analyses d'urines...

### Actions des équipes pluridisciplinaires



#### Evaluation des risques

- Rédaction de la fiche entreprise
- Accompagnement à la réalisation du document unique



#### Evaluation du risque chimique

- Accompagnement de la mise en place des moyens de prévention



#### Etudes de situations de travail

- Maintien dans l'emploi des salariés
- Prévention des TMS



#### Prévention des risques psychosociaux



#### Métrologie

- Vibration,
- Bruit,
- Eclairage,
- Thermique,
- Ventilation,
- Prélèvements d'atmosphère.

## Nos rendez-vous prévention



Vous conseiller sur les dispositions et mesures nécessaires pour éviter ou diminuer les risques auxquels vous et vos salariés êtes exposés, fait partie de nos missions.

Afin de vous apporter un message clair, adapté à vos besoins, nous organisons des rencontres sur des thématiques qui vous concernent. Animés par les membres de nos équipes pluridisciplinaires, ils peuvent durer de 1H30 à 2H00. Chaque mois, nous vous invitons à ces « Rendez-vous prévention », déployés sur l'ensemble du département.