

DEMANDE D'ADHÉSION AU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Enregistrez ce fichier sur votre ordinateur afin de le compléter

NOM OU RAISON SOCIALE :

Adresse :

Code postal :

Tél. :

Email :

Adresse siège social (*si différente*) :

Code postal :

Tél. :

Email :

Où faut-il adresser les convocations ?

A l'adresse 1 : oui non

A l'adresse 2 : oui non

Au domicile du ou des salariés : oui non

Si oui, précisez l'adresse du salarié :

Où faut-il adresser les factures et courriers ?

A l'adresse 1 : oui non

A l'adresse 2 : oui non

A une autre adresse : oui non

Si oui, précisez l'adresse :

Code postal :

Ville :

Code postal :

Ville :

Activité principale (à préciser impérativement) :

Code NAF ou APE

Code SIRET

Nom du dirigeant :

Nom de la personne à contacter pour l'organisation des visites médicales

Nom du comptable

VOTRE ENVIRONNEMENT

Avez-vous un CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) ? oui non

Embauchez-vous du personnel saisonnier ? oui non

Votre DUER* est-il réalisé ? (* Document Unique d'Evaluation des Risques) oui non

Si oui, est-il à jour ? oui non

Si oui, précisez la date de mise à jour :

Avez-vous désigné, au sein de votre entreprise, un « référent Santé Sécurité » : oui non

Si oui, précisez ses nom et prénom :