



Siège social  
Morne Poirier  
97122 BAIE-MAHAULT  
Tel: 0590 38 18 89 Fax:0590 26 85 77  
Siret: 321 140 485 00012

Iles du Nord

Bulletin d'adhésion

Année:

## 1- Engagement

L'adhésion à un service de santé au travail est une obligation faite à tous les employeurs : Art D.4622-14 du code du travail

Je soussigné(e).....  
Agissant en qualité.....  
De l'entreprise .....  
Dont le siège social est .....  
.....  
.....  
Téléphone ..... Fax .....  
Portable ..... Mail .....

N° de SIRET (14 chiffres) : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Déclare adhérer, à dater de l'exercice 20..., au Centre de Santé au Travail de la Guadeloupe, constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004 et du décret du 30 janvier 2012 pour l'organisation des services de santé au travail.

Cette adhésion relative à l'acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur du CSTG en vigueur qui découlent des décisions prises en Assemblée Générale. Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction. La résiliation du présent contrat ne pourra être obtenue par votre entreprise moyennant un préavis de trois mois avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile N+1 signifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

À.....le.....  
Cachet et signature de l'employeur (Faire précéder de la mention « **Lu et approuvé** »)

Lisez et remplissez attentivement votre bulletin d'adhésion. Renvoyez-le signé au CSTG et gardez-en une copie.



## 2- Questionnaire administratif

**Forme juridique :**  Entreprise Individuelle /  EURL /  SARL /  SA /  SAS /  Association  
 Autre : ..... (Précisez) : .....

**Raison sociale (si enseigne à préciser svp) :** .....

Nom du chef d'entreprise : .....

Activité de l'entreprise : .....

N° de SIRET (14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Code NAF : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Adresse de facturation

Nom du Responsable : .....

Ligne directe : .....

Fax : .....

Mail : .....

Adresse postale:.....  
.....

### Adresse de convocation (si différente)

Nom du Responsable :.....

Ligne directe : .....

Fax : .....

Mail : .....

Adresse postale:.....  
.....

**Si vous êtes déjà adhérent au CSTG pour un autre établissement, merci de nous communiquer votre numéro d'adhérent ou, à défaut le nom de l'entreprise :**

.....

### Visites médicales **Cochez les disponibilités**

Dans la mesure du possible nous nous efforcerons de respecter vos préférences ci-dessous

disponibilités	Matin	Après-midi
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

**Périodes à éviter** (congés annuels, fermeture, repos hebdomadaires etc.)

.....  
.....

**Nombre maximum de salariés à convoquer par jour**

.....



## 3-Fiche d'identification des besoins en prévention

Avez-vous une fiche entreprise? oui non

Avez-vous un Document Unique d'Evaluation des Risques professionnels à jour conformément aux articles R 4121-1 à 4 du Code du travail?

oui non

Si non souhaitez-vous que le CSTG vous accompagne dans la réalisation ou la mise à jour de ce document? oui non

Les tâches exercées par vos salariés concernent-elles l'un (ou plusieurs) des domaines suivants:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Manutentions manuelles                        | <input type="checkbox"/> |
| Postures pénibles                             | <input type="checkbox"/> |
| Vibrations mécaniques                         | <input type="checkbox"/> |
| Agents chimiques dangereux –poussières fumées | <input type="checkbox"/> |
| Températures extrêmes                         | <input type="checkbox"/> |
| Activités en milieu hyperbare                 | <input type="checkbox"/> |
| Bruit   | <input type="checkbox"/> |
| Travail de nuit                               | <input type="checkbox"/> |
| Travail en équipes successives alternantes    | <input type="checkbox"/> |
| Travail répétitif                             | <input type="checkbox"/> |
| Rayonnements ionisants                        | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous désigné un salarié compétent pour la prévention des risques professionnels conformément à l'article L 4644-1 du Code du travail?

oui non

Si oui merci d'indiquer les coordonnées de la personne désignée:

Nom:  Prénom:

Email:  Téléphone:

Si non souhaitez-vous que le CSTG vous accompagne dans cette démarche?

oui non

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du représentant légal

## 3- Fiche d'identification des besoins en prévention (annexe réglementaire)

### Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels

#### Article R4121-1

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article [L. 4121-3](#).

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.

#### Article R4121-1-1

L'employeur consigne, en annexe du document unique :

- 1° Les données collectives utiles à l'évaluation des expositions individuelles aux facteurs de risques mentionnés à l'article [L. 4161-1](#) de nature à faciliter l'établissement des fiches de prévention des expositions mentionnées à cet article, notamment à partir de l'identification de situations types d'exposition ;
- 2° La proportion de salariés exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, au-delà des seuils prévus au même article. Cette proportion est actualisée en tant que de besoin lors de la mise à jour du document unique.

#### Article R4121-2

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques est réalisée :

- 1° Au moins chaque année ;
- 2° Lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, au sens de l'article [L. 4612-8](#) ;
- 3° Lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

#### Article R4121-3

Dans les établissements dotés d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le document unique d'évaluation des risques est utilisé pour l'établissement du rapport et du programme de prévention des risques professionnels annuels prévus à l'article [L. 4612-16](#).

Article R4121-4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le document unique d'évaluation des risques est tenu à la disposition :

- 1° Des travailleurs ;
- 2° Des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu ;
- 3° Des délégués du personnel ;
- 4° Du médecin du travail ;
- 5° Des agents de l'inspection du travail ;
- 6° Des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ;
- 7° Des agents des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail mentionnés à l'article [L. 4643-1](#) ;
- 8° Des inspecteurs de la radioprotection mentionnés à l'article L. 1333-17 du code de la santé publique et des agents mentionnés à l'article [L. 1333-18](#) du même code, en ce qui concerne les résultats des évaluations liées à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, pour les installations et activités dont ils ont respectivement la charge.

Un avis indiquant les modalités d'accès des travailleurs au document unique est affiché à une place convenable et aisément accessible dans les lieux de travail. Dans les entreprises ou établissements dotés d'un règlement intérieur, cet avis est affiché au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur.

### Désignation d'un salarié compétent pour la prévention des risques professionnels

#### Article L4644-1

I.-L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. Le ou les salariés ainsi désignés par l'employeur bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les conditions prévues aux [articles L. 4614-14 à L. 4614-16](#).

A défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

L'employeur peut aussi faire appel aux services de prévention des caisses de sécurité sociale avec l'appui de l'Institut national de recherche et de sécurité dans le cadre des programmes de prévention mentionnés à l'article [L. 422-5](#) du code de la sécurité sociale, à l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et son réseau.

Cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes et organismes mentionnés au présent I. Ces conditions sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

II.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.





## 5- Déclaration de cotisation

Pour la première année, vous serez redevable des droits d'entrée et de la cotisation annuelle. **Ce règlement est indispensable pour l'enregistrement de votre dossier**

### LE DROIT D'ENTREE

Il s'élève à **20.14€** par salarié (exonération des droits d'entrée dans certains cas : reprise d'activité, changement de statut et/ou fusion, etc...).

### LA COTISATION ANNUELLE

Elle s'élève à **108.66€** par salarié

**Indiquez le nombre de salariés :**

Droits d'entrée : ..... Salariés X **20.14€**                      soit un total de ..... € (A)  
Cotisation : ..... Salariés X **108.66€**                      soit un total de ..... € (B)

**A VERSER TOTAL A+B = ..... €**

**CHOIX DU MODE DE REGLEMENT** (Cocher la case correspondante)

**ESPECE**

(à remettre avec le bulletin à notre service affiliation)

**VIREMENT sur notre compte**

IBAN:FR43 3000 2061 9000 0007 0263 A31  
BIC: CRLYFRPP

**CHEQUE BANCAIRE**

(à joindre à votre dossier)

**⚠ ATTENTION !** Tout bulletin d'adhésion reçu sans règlement et/ou incomplet ne pourra être traité et fera l'objet d'un renvoi. Assurez-vous que l'ensemble des pièces ci-dessous nous soit retourné :

- Feuille 1 : Bulletin d'adhésion **dûment daté et signé**
- Feuille 2 : Questionnaire administratif **complété**
- Feuille 3 : Déclaration des effectifs **renseignée, tous les champs sont obligatoires, (attention aux dates de naissance incomplètes)**
- Feuille 4 : Fiche d'identification des besoins en prévention
- Feuille 5 : Déclaration de cotisation **remplie, accompagnée obligatoirement du règlement**

**LES STATUTS, LE REGLEMENT INTERIEUR DE NOTRE ASSOCIATION SONT A VOTRE DISPOSITION SUR NOTRE SITE INTERNET [www.cstg.org](http://www.cstg.org)**