



**PRÉVENIR  
LES RISQUES  
PROFESSIONNELS**

**Association  
Interprofessionnelle  
de Santé et Médecine  
du Travail.**

# Compétences géographiques interprofessionnelles AISMT13

Agrément du 30 juillet 2018  
délivré par la Direccte

Nos centres médicaux

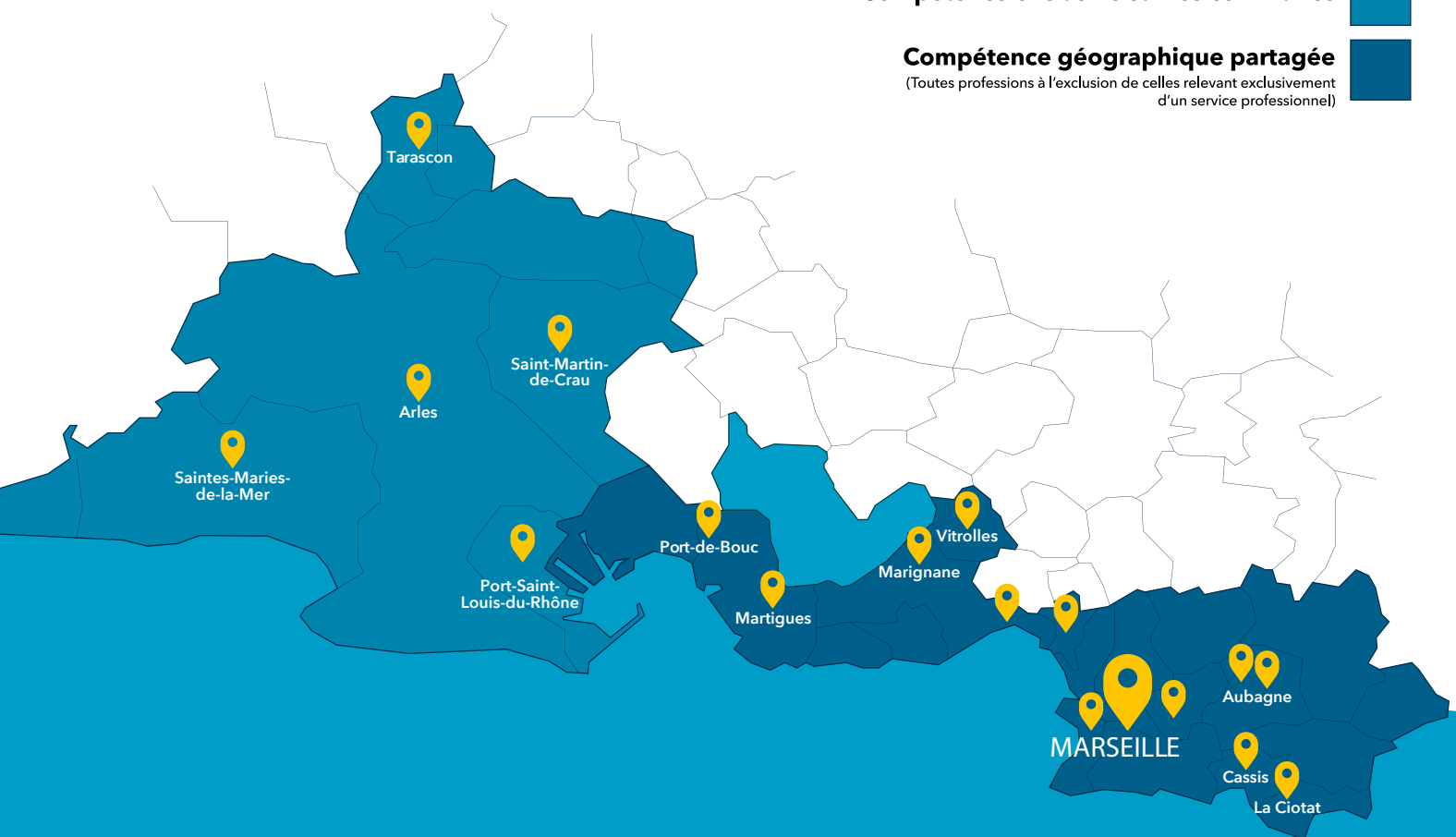


Compétence exclusive sur les communes



Compétence géographique partagée

(Toutes professions à l'exclusion de celles relevant exclusivement d'un service professionnel)



## Vous souhaitez adhérer ?

Pour devenir adhérent, votre entreprise doit être implantée sur une commune relevant de la compétence de **l'AISMT13**.

**L'AIMSMT13 a le plaisir de vous adresser son contrat d'adhésion.**

Nos actions conduites par une équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par un médecin du travail, sont orientées vers :

- l'action en entreprise ;
- la surveillance de l'état de santé des salariés ;
- le conseil en prévention des risques professionnels et santé au travail ;
- la traçabilité et la veille sanitaire.

**Pièces à fournir pour votre adhésion**

**Pour une adhésion effective, nous vous demandons de nous retourner les documents suivants signés à :**

**AIMSMT13**  
Service Adhésions 37-39 bd Delpuech - CS 40011  
13286 Marseille Cedex 06

**Bordereau de cotisation**

**Contrat d'adhésion**

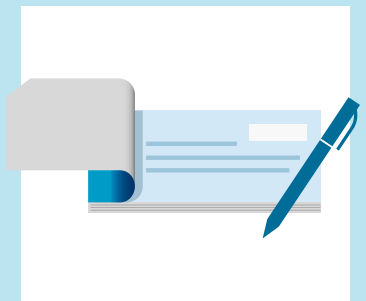
**Déclaration d'effectif**

**Chèque ou ordre de virement**

Thumbnail of the 'Bordereau de cotisation' form, showing fields for company name, address, and contact information.

Thumbnail of the 'Contrat d'adhésion' form, detailing the terms of membership and the role of the company representative.

Thumbnail of the 'Déclaration d'effectif' form, featuring a table for reporting employee numbers by category and month.



**!** Ces 4 documents sont indispensables pour l'enregistrement de votre dossier. Merci de nous les retourner en ayant pris soin de renseigner tous les champs.

Conformément à l'article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Déclaration CNIL - 1642645

**Pour tout renseignement complémentaire, contacter le 04 91 81 20 29  
ou envoyer un courriel à [adhesions@aismt13.fr](mailto:adhesions@aismt13.fr)**

## VOTRE ADHÉSION CONCERNE

Création d'entreprise Reprise d'une entreprise 

Si déjà adhérente, n° d'adhésion.....

Si adhérente à un autre service, nom du service  
.....Autre Changement de service de santé au travail 

Nom du précédent service.....

Changement pour cause de déménagement 

Nom du précédent service.....

Effectif déclaré pour cette adhésion  
.....Effectif total de l'entreprise  
.....Si vous êtes déjà adhérent de l'AISMT13  
pour un autre établissement, numéro  
d'adhérent (à défaut, nom de l'entreprise) :  
.....

## Siège social

Raison sociale.....

Forme juridique.....

Enseigne commerciale.....

Activité de l'entreprise.....

Date de création.....

Code NAF (4 chiffres + 1 lettre).....

N° Siret.....

Nom du responsable  Madame  Monsieur.....Contact  Madame  Monsieur.....

Adresse.....

Code postal.....

Ville.....

Pays.....

N° de téléphone.....

N° de fax.....

N° de portable.....

Email.....

## Adresse de facturation (si différente du siège social)

Adresse.....

Code postal.....

Ville.....

Pays.....

Contact  Madame  Monsieur.....

N° de téléphone.....

N° de fax.....

N° de portable.....

Email.....

## Établissement concerné pour l'adhésion (si différent du siège social)

Adresse.....

Code postal.....

Ville.....

Pays.....

Code NAF.....

N° Siret.....

Contact  Madame  Monsieur.....

N° de téléphone.....

N° de fax.....

N° de portable.....

Email.....

## Interlocuteurs

Référént Prévention.....

Tél.....

Email.....

Gestionnaire Convocations.....

Tél.....

Email.....

Responsable RH.....

Tél.....

Email.....

## Convocation

Les convocations des salariés sont à envoyer (une seule case)  au Siège social  à la Facturation  à l'Établissement  
Si vous avez des contraintes, merci de les préciser ci-dessous : .....

▶ Les visites médicales non périodiques (embauches, reprises etc...) sont à votre initiative.  
Merci de contacter votre gestionnaire de planning.

## Salariés sur sites éloignés (salariés affectés sur un lieu de travail très éloigné de l'établissement employeur)

Adresse de lieu de travail .....

Téléphone .....

Email .....

Nom du Service de Santé au Travail du siège social .....

Nom du Médecin du Travail référent .....

Téléphone .....

Email .....

## Prévention

### EXISTE-T-IL AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE ?

CSE  
 Oui  Non

Document unique d'évaluation des risques  
 Oui Date de mise à jour : .....  Non

Branche professionnelle .....

Convention collective .....

### RYTHME DE TRAVAIL SPÉCIFIQUE

Travail de nuit  Oui  Non

Travail posté  Oui  Non  
(organisation du travail ou des équipes se relaient les unes après les autres au même poste)

### Je soussigné,

Nom ..... Prénom .....

Agissant en qualité de .....

Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document, déclare adhérer à l'AIMSMT13 et accepte ses statuts, son règlement intérieur et ses modalités d'application afin de bénéficier des prestations individualisées et collectives en santé au travail.

Je m'engage, en signant le présent contrat, à respecter les obligations qui en résultent (cf. statuts et règlement intérieur) et à transmettre tous documents demandés par le Service de Santé au Travail.

Fait à ..... Le .....

Pour l'entreprise (signature et cachet)

### AIMSMT13

37-39 bd Vincent Delpuech  
CS 40011  
13286 Marseille Cedex 6  
04 91 81 20 29  
adhesions@aismt13.fr

▶ Le détail des contreparties individualisées et collectives à l'adhésion ainsi que les obligations des adhérents envers l'AIMSMT13 figurent dans le règlement intérieur et les statuts consultables sur AIMSMT13.FR

# DÉCLARATION D'EFFECTIF 2021

N° Siret .....	Raison Sociale .....
Naf .....	Correspondant .....
Tél & Fax .....	Adresse .....
Mail .....	Code postal et ville .....

**AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ADHÉRENT A L' AISMT13 ?**  
Si oui, sous quelle raison sociale ?

**À compléter par AISMT13**

Secteur .....	Centre .....
Médecin .....	Lieu de visite .....

Nature du Suivi Individuel Renforcé SIR <i>Veillez cocher le ou les motif(s)</i>											SIA			
Postes à risques particuliers							Postes conditionnés par un examen d'aptitude spécifique				Postes à risques particuliers inscrits par l'employeur		Salarié Handicapé ou pension d'invalidité	
Amiante	Plomb	Agents cancérogènes	Agents biologiques groupes 3 et 4	Rayonnements ionisants	Risque hyperbare	Chute de hauteur Montage / Démontage	Autorisation de conduite	Moins de 18 ans Travaux dangereux	Habilitations électriques	Manutention manuelle sans aide mécanique > 55				

Nom-Prénom Nom de naissance	Date de naissance	Poste de travail	Suivi Individuel Général SIG	Suivi Individuel Adapté SIA	Suivi Individuel Renforcé SIR	Date d'embauche	Contrat Durée si autre que CDI

Nom-Prénom Nom de naissance	Date de naissance	Poste de travail	Suivi Individuel Général SIG	Suivi Individuel Adapté SIA	Suivi Individuel Renforcé SIR	Date d'embauche	Contrat Durée si autre que CDI	Nature du Suivi Individuel Renforcé SIR Veuillez cocher le ou les motif(s)													SIA				
								Postes à risques particuliers							Postes conditionnés par un examen d'aptitude spécifique						Postes à risques particuliers inscrits par l'employeur	Salarié Handicapé ou pension d'invalidité	Travail de nuit	Femme enceinte	
								Amiante	Plomb	Agents cancérogènes	Agents biologiques groupes 3 et 4	Rayonnements ionisants	Risque hyperbare	Chute de hauteur Montage / Démontage	Autorisation de conduite	Moins de 18 ans Travaux dangereux	Habilitations électriques	Manutention manuelle sans aide mécanique > 55kg							
			Total SIG	Total SIA	Total SIR																				
			Total Effectif			Date, cachet et signature de l'entreprise																			

## Calcul de votre cotisation forfaitaire annuelle\*

\*par année civile

Effectif total déclaré :

personnes

Nombre salariés X 90€ HT ..... € HT

Droits d'adhésion ..... + 20€ € HT

Total HT ..... € HT

TVA (20%) ..... €

Total à régler ..... € TTC

## Règlement

Sans votre cotisation, nous ne pourrions prendre en compte votre adhésion. Pour le traitement de votre dossier, merci donc de joindre votre règlement, au choix :

- par chèque à l'ordre de l'AISMT13
- par virement (joindre ordre de virement)  
**libellé obligatoire : ADHÉSION + raison sociale**

## Nos coordonnées bancaires

Banque postale

BIC : PSSTFRPPMAR

IBAN : FR 29 2004 1010 0801 5267 9V02 917

## AISMT13

37-39 bd Vincent Delpuech

CS 40011

13286 Marseille Cedex 6

04 91 81 20 29

adhesions@aismt13.fr

À .....

Le .....

Nom du responsable .....

(signature et cachet)

▶ Le détail des contreparties individualisées et collectives à l'adhésion ainsi que les obligations des adhérents envers l'AISMT13 figurent dans le règlement intérieur et les statuts consultables sur AISMT13.FR



## NOUS VOUS INFORMONS QUE CHAQUE SALARIÉ FAIT DÉSORMAIS L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL INDIVIDUALISÉ

### Suivi Individuel Général SIG

Tout salarié qui n'entre pas dans la catégorie des travailleurs affectés à des emplois à risques bénéficie d'une Visite d'Information et de Prévention (VIP), réalisée par des membres de l'équipe pluridisciplinaire (tous professionnels de santé), donnant lieu à une attestation de suivi.

- À l'embauche
  - au plus tard dans les 3 mois après la prise de poste ;
  - 2 mois pour les apprentis.
- Au moins tous les 5 ans (2 ans pour les intérimaires).

### Suivi Individuel Adapté SIA

Les travailleurs de moins de 18 ans, les travailleurs de nuit, ceux exposés aux agents biologiques de groupe 2 et ceux exposés à des champs électromagnétiques supérieurs à la valeur limite d'exposition bénéficient d'un Suivi Individuel Adapté avec une Visite d'Information et de Prévention, réalisée par des membres de l'équipe pluridisciplinaire (tous professionnels de santé), donnant lieu à une attestation de suivi.

- À l'embauche : préalablement à l'affectation au poste.
- Au moins tous les 3 ans.

Les travailleurs handicapés ou invalides bénéficient également d'un SIA mais avec une VIP initiale, dans les trois mois après la prise de poste, réalisée par le médecin du travail, et une VIP périodique, réalisée par des membres de l'équipe pluridisciplinaire, au moins tous les 3 ans.

### Suivi Individuel Renforcé SIR

Tout salarié affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité bénéficie d'un Suivi Individuel Renforcé (SIR) : examen médical réalisé par le médecin du travail avec délivrance d'un avis d'aptitude.

- À l'embauche : avant l'affectation au poste.
- Au moins tous les 4 ans (une Visite Intermédiaire est effectuée par un professionnel de santé, au maximum à 2 ans).

#### RISQUES PARTICULIERS

- **Amiante** : salariés des chaufferies, plombiers...
- **Rayonnements** ionisants A et B : professions médicales et vétérinaires (radiologie, chirurgie, cabinets dentaires, centres anticancéreux, cabinets vétérinaires...), certains laboratoires d'analyses médicales, contrôle des pièces en industrie, sous-traitants de l'industrie nucléaire.
- **Plomb** : fabrication et récupération des accumulateurs au plomb, des batteries et des vieux métaux, interventions sur des surfaces recouvertes de peintures au plomb (découpe, décapage), soudage étain-plomb, imprimerie, composants antidétonants des carburants.
- **Risque Hyperbare** : scaphandriers, plongeurs, personnel des caissons.
- **Risque de chute** de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudage.

**Agents biologiques** pathogènes de groupe 3 (ils peuvent entraîner une maladie grave, mais il existe une prévention ou un traitement : travaux habituels dans les égouts, les abattoirs, équarrissage, collecte et traitement des ordures, personnel des établissements de santé) et de groupe 4 (il n'existe pas de prévention ni de traitement : certains laboratoires de recherche).

- **Agents CMR** sont Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction avérés (1) ou fortement suspectés (2) :



#### AFFECTATIONS PARTICULIÈRES

- Manutention manuelle > 55 kg
- Jeunes affectés aux travaux dangereux
- Équipement avec autorisation de conduite
- Habilitation électrique

#### AFFECTATIONS PARTICULIÈRES

- Risques employeur (à justifier par écrit, après discussion avec le médecin du travail, CHSCT, DP)

### NOUS VOUS RAPPELONS QU'UNE VISITE EST OBLIGATOIRE :

- Après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé de maternité ;
- Après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie, d'accident non professionnel et en cas d'absences répétées pour raison de santé.

(Sous l'autorité du médecin du travail)

**SIG**  
Suivi Individuel Général

**CAS GÉNÉRAL**

- Pas de risque
- Intérimaires
- Apprentis

**SIA**  
Suivi Individuel Adapté

- Travailleur handicapé ou invalide
- Travailleur de nuit
- < 18 ans
- Agents biologiques groupe 2
- Champs électromagnétiques supérieurs à la valeur maximum

**SIR**  
Suivi Individuel Renforcé

**RISQUES PARTICULIERS**

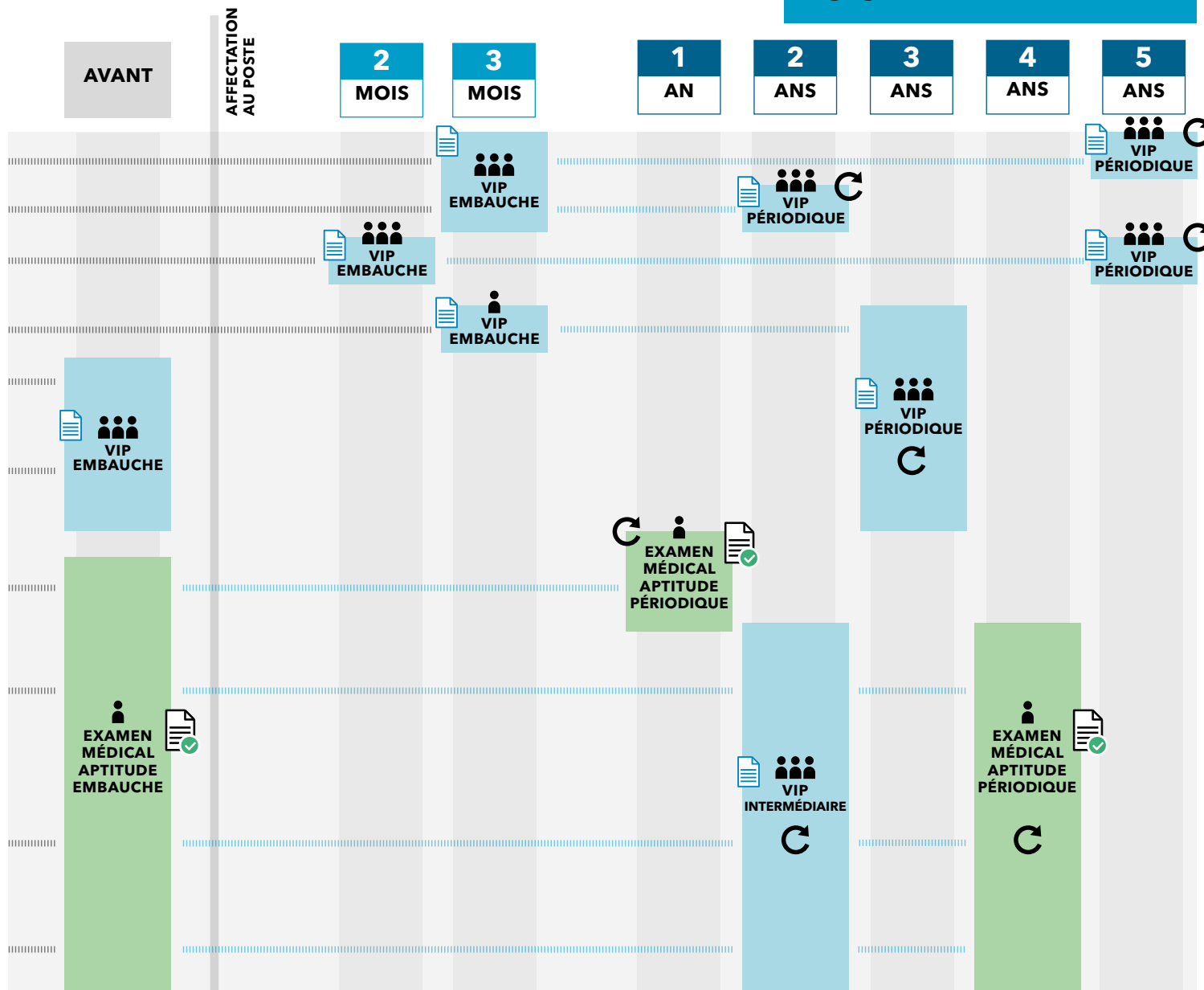
- Rayonnements ionisants A
- Amiante
- Plomb
- Agents CMR
- Agents biologiques groupes 3 et 4
- Rayonnements ionisants B
- Hyperbare
- Échafaudages

**AFFECTATIONS PARTICULIÈRES**

- < 18 ans et travaux dangereux
- Autorisation de conduite
- Habilitation électrique
- Manutention manuelle > 55kg

**RISQUES EMPLOYEURS**

- Sur demande écrite de l'employeur après discussion avec le médecin du travail, CHSCT, DP



**VIP** Visite d'Information et de Prévention  
 Visite réalisée par le médecin du travail  
 Visite réalisée par un médecin du travail, un infirmier, un collaborateur médecin, un interne

**Suivi Périodique**  
 Attestation de suivi  
 Avis d'aptitude

Visite de reprise après congé maternité ; absence > 30 jours pour AT, maladie ou accident non professionnel ; maladie professionnelle quelle que soit la durée.

Possibilité de **Visite médicale** à la demande du salarié (notamment pour les femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant), de l'employeur, du médecin du travail.

**AISMT 13**

37-39 Boulevard Vincent Delpuech  
CS 40011  
13286 Marseille Cedex 06  
04 91 81 20 29 | [sante-travail@aismt13.fr](mailto:sante-travail@aismt13.fr)

**AISMT13.fr**