

## CONVENTION D'ADHESION



### À RETOURNER COMPLÉTÉ À :

- ▶ EnSanté  
Service Relation Adhérent  
273, avenue de la Pompignane  
BP 2172  
34027 MONTPELLIER cedex 1
- ▶ [relation.adherent@ensante.fr](mailto:relation.adherent@ensante.fr)

Pour toute question, contactez nous au 04 67 84 76 82

**RENSEIGNER AVEC PRÉCISION** ce bulletin et la liste du personnel présent au moment de l'adhésion **EN MAJUSCULES**.  
Tout dossier **INCOMPLET OU NON SIGNÉ** sera retourné.

**Motif de l'adhésion**

- Création
- Succession de ..... depuis le .....
- Reprise de ..... depuis le .....

Référence (si fournie par le service) .....

## IDENTITE DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE ..... Nature juridique .....  
NOM DE L'ENSEIGNE ..... CHSCT ou CSE  OUI  NON  
Activité ..... Activité saisonnière  OUI  NON  
Date de création .....

Code NAF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° SIRET

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° TVA intracommunautaire .....

Nom et prénom du dirigeant .....

Email du dirigeant .....

## LIEU DE TRAVAIL DES SALARIES

Pour les entreprises à établissements multiples, veuillez remplir une demande d'adhésion pour chacun des établissements.

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél fixe ..... Tél portable .....

Fax ..... Email .....

Nom et N° de tél. du cabinet comptable .....

Personne responsable des convocations : Nom, prénom : .....

Tél ..... Email .....

## SIEGE SOCIAL

Pour facturation si adresse différente de celle indiquée ci-dessus

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Email ..... Tél ..... Fax .....

## VOTRE DECLARATION D'ADHESION

En remplissant et en signant cette convention d'adhésion, le soussigné, représentant légal de l'entreprise ci-dessus mentionnée, donne **mandat** à ENSANTE pour remplir ses obligations légales en matière de suivi individuel de ses salariés et pour lui apporter assistance et conseils en prévention santé travail.

Le soussigné s'engage à

- fournir au service les informations utiles à la mise en œuvre de ses missions en santé au travail, notamment en matière de changements dans les effectifs, dans les activités et dans les procédés de fabrication
- respecter de bonne foi les termes de la convention

Fait à ..... le .....	Cachet de l'établissement et signature précédée de la mention manuscrite « Renseignements certifiés conformes, Bon pour adhésion »
Nom et fonction du signataire :	



**JOINDRE IMPERATIVEMENT** une copie de :

- ▶ l'Extrait Kbis (entreprises)
- ▶ la Déclaration en préfecture (associations)
- ▶ l'Inscription à l'Ordre (professions libérales)
- ▶ la Fiche d'entreprise (salariés isolés)

Type de suivi (SI, SIA, SIR, SIR1)  
à cocher **obligatoirement** par l'employeur pour chaque salarié.

**RAISON SOCIALE :** .....

**LISTE DU PERSONNEL PRESENT AU MOMENT DE L'ADHESION**

**A COMPLETER (en majuscules)**

Nom d'usage	Nom de naissance	Prénom	Sexe (1)	Date de naissance	Poste de travail	Date d'embauche	Code CSP	Type de contrat (2)	Type de suivi (SI, SIA, SIR, SIR1)																							
									SI (3)	SIA (3)					SIR (3)										SIR 1 (3)							
									Pas de risques déclarés	Reconnaissance en Qualité de Travailleurs Handicapés (RQTH)	Invaliddité	Grossesse - Allaitement	Travail du Nuit	- 18 ans	Agents biologiques groupe 2	Champs électromagnétiques	Amiante	Plomb	Agents cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques	Agents biologiques du groupe 3 et 4	Rayonnements ionisants (Cat. B)	Risque hyperbare	Risque de chute (échafaudages)	Manutention > 55 kg	Conduite d'engins (CACES)	Habilitation électrique	Autres (selon déclaration de l'employeur)	- de 18 ans (travaux dangereux)	Rayonnements ionisants (Cat. A)	Mannequins		

(1) **F** : Féminin / **M** : Masculin

(2) Type de contrat : Apprenti / CDD / CDI / Saisonnier / Autres...

(3) **SI** : Suivi Individuel / **SIA** : Suivi Individuel Adapté / **SIR** : Suivi Individuel Renforcé / **SIR 1** : Suivi Individuel Renforcé à 1 an

<b>CADRE RESERVÉ EnSanté!</b>		
Date d'adhésion :	Numéro adhérent :	Cabinet Médical :



# PROFIL DES RISQUES LIES AU TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE

(Risques présents dans l'entreprise estimés par l'employeur **à cocher obligatoirement**)

	Cochez	
	OUI	NON
Risques liés à la <b>manutention</b> (manuelle et mécanique)		
Risques liés aux <b>postures pénibles</b>		
Risques liés aux <b>ambiances thermiques excessives</b>		
Risques liés aux <b>horaires de travail</b>		
Risques liés au <b>travail répétitif</b>		
Risques liés à l' <b>activité en milieu hyperbare</b>		
Risques liés aux <b>vibrations</b> (utilisation d'engins de manutention, conduite de véhicules, ...)		
Risques liés aux <b>agents chimiques dangereux</b> (produits, émissions, déchets, tous produits dont l'étiquette mentionne un symbole de danger)		
Risques et nuisances liés au <b>bruit</b>		
Risques liés au <b>travail de nuit</b>		
Risques liés aux <b>rayonnements</b>		
Risques liés aux <b>agents biologiques</b>		
Risques liés aux <b>chutes</b> (plain-pied...)		
Risques liés aux chutes de hauteur (travail en hauteur, utilisation d'escabeaux, d'échelles, ...)		
Risques liés aux <b>fluides sous pression</b>		
Risques liés à l'utilisation d'équipements de travail / machines		
Risque <b>d'incendie, d'explosion</b>		
Risques liés à l' <b>énergie</b> (électricité, gaz, air comprimé)		
Risques liés à l' <b>éclairage</b>		
Risques <b>routiers</b>		
Risques liés aux <b>circulations int./ext.</b>		
Risques liés au <b>travail sur écran</b>		
Risques liés au <b>contact avec le public</b>		
Risques <b>psychosociaux</b>		
Risques liés au <b>travail isolé</b>		

**Signature et cachet de l'entreprise**