

Vos correspondants

**Christine ROLLAND  
Sylvie PANTENE**

Tél. 05.55.18.20.55 – Fax. 05.55.18.20.59  
E-mail : aist19@aist19.fr

Brive, le

Nos Réf.

Objet : **Formalités d' Adhésion**

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande d'affiliation à notre Service de Santé au Travail nous vous transmettons, ci-joint, un **DOSSIER d'ADHESION** à nous retourner complété.

Nous tenons à vous préciser que votre inscription ne deviendra effective **qu'après encaissement des sommes dues**, à savoir :

- **Règlement d'un droit d'entrée :**

Ce droit d'entrée correspond aux frais d'immatriculation et offre également la possibilité à votre entreprise, sur simple demande de votre part, de bénéficier dès son inscription d'une aide à l'élaboration du Document Unique\*.

Ce droit d'entrée n'est dû qu'une seule fois (au moment de l'adhésion). Suite à la décision du Conseil d'Administration du 14 avril 2009, il s'élève à :

- **80,00 Euros HT** pour les entreprises de moins de 10 salariés
- **150,00 Euros HT** pour les entreprises à partir de 10 salariés

- **Règlement du forfait unique fixé pour 2018 à 21,00 Euros HT par salarié**

- **Règlement d'une provision de la cotisation sur les salaires, à valoir sur la régularisation au 31 décembre** dont vous trouverez ci-dessous le détail du calcul :

*Nombre de salariés x 20 euros si demande d'adhésion avant le 30/06 ou 10 euros après le 30/06*

Vous voudrez bien retourner ces documents accompagnés de votre règlement établi à l'ordre de A.I.S.T.19, à l'adresse suivante : **AIST 19 - Service Adhésions – 9 Rue Louis Taurisson – 19100 BRIVE**. En retour, nous vous adresserons un bordereau d'appel de cotisation acquitté vous permettant de récupérer la TVA.

Recevez, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Service Adhésion

C. ROLLAND

\* Depuis le décret n°2001-1016 du 05/11/2001, le Document Unique est obligatoire dans toute entreprise employant au moins un salarié, quel que soit son statut : ouvrier, employé, apprenti, ... Le défaut d'élaboration ou l'absence de mise à jour de ce document sont sanctionnés pénalement par une contravention de 5<sup>ème</sup> classe, soit 1500 € d'amende portée à 3000 € en cas de récidive ; s'y ajoute, en cas d'impossibilité de mettre à disposition le document, une peine d'amende de 450 Euros pour délit d'entrave à l'action de l'inspection du travail et une amende de 3 750 Euros pour délit d'entrave à l'action des représentants du personnel, le cas échéant.

# CONTRAT D'ADHÉSION

A remplir OBLIGATOIREMENT par l'employeur

N°

Statut Juridique :

Nom Juridique :

Enseigne commerciale (si différent) :

CODE NAF 2008 :

N° SIRET :

| ADRESSE du SIEGE SOCIAL                 | ADRESSE DE FACTURATION<br>(si différente) | ADRESSE DE CONVOCATION<br>(si différente) |
|---|---|---|
| Tél : _____ Fax : _____<br>Mail : _____ | Tél : _____ Fax : _____<br>Mail : _____   | Tél : _____ Fax : _____<br>Mail : _____   |

**ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT A SURVEILLER :**

Tél :

Port :

Fax :

**POUR LES CONVOCATIONS :**

Horaires de travail : ..... Personne à contacter : .....

Fermeture hebdomadaire : ..... Tél : ..... Tél Portable : ..... Mail : .....

| Nom, prénom, nom marital   | H / F | Date de naissance | Code PCS ESE (Code DADS) | Poste de travail | Type de contrat (*) | Date d'embauche | Classification des salariés (**) |   |   |
|--|-------|-------------------|--------------------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------------------------|---|---|
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 | Suivi Ind. de l'état de santé    |   | Suivi Ind. Renforcé                                   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 | Si "S.I."<br>Cocher ci-dessous   | Si "S.I.A."<br>Indiquer le code en f° de la situation | Si "S.I.R."<br>Indiquer le code en f° de la situation |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
|  |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |
| <b>Nombre total de salariés pour chaque catégorie (SI, SIA, SIR)</b> |       |                   |                          |                  |                     |                 |                                  |   |   |

\* Type de Contrat : CDI – CDD – APP (pour Apprenti) etc.

**Au-delà de 8 salariés – Merci de joindre une liste séparée**

\*\* Catégories : suivant tableau classification salariés au verso

**Je m'engage :**

- A fournir à l'AIST 19, l'effectif salarié de mon entreprise et toutes informations et déclarations prévues par les textes en vigueur, ces éléments sont indispensables à la surveillance santé au travail des salariés et au calcul des cotisations dues,
- A régler les cotisations dans les délais,
- A indiquer à l'AIST 19, sans retard, les modifications de ma situation, notamment tout changement d'adresse, de raison ou de forme sociale, tout changement d'exploitant, cession ou cessation d'activité.

**L'AIST 19, agréée par la DIRECCTE Limousin en date du 08/07/2014, s'engage** à remplir ses missions de service interentreprises de santé au travail et ses obligations, conformément à la loi et à la réglementation en la matière ainsi qu'aux dispositions de ses Statuts et de son Règlement Intérieur.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AIST 19 – 9 rue Louis Taurisson 19100 BRIVE

Fait le .....

**AIST 19**  
 9 rue Louis Taurisson – 19100 BRIVE  
 N° Siret : 485.292.171.00025 – Code NAF : 8621 Z  
  
 Bernard MAS – Directeur Général

Signature et Cachet de l'Entreprise



Pour tous renseignements sur la Santé au travail,

...connectez-vous : [www.sante-travail-limousin.org](http://www.sante-travail-limousin.org)

## Santé au Travail

Dans le cadre des nouvelles dispositions de la Loi travail et du décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017, les modalités du suivi individuel de l'état de santé des salariés ont changé.

Le salarié peut ainsi bénéficier :

- ✓ **d'un suivi individuel de l'état de santé (SI)** dans le cas général
- ✓ **d'un suivi individuel adapté (SIA)** pour les travailleurs handicapés, les travailleurs en invalidité, les travailleurs de nuit, les travailleurs mineurs et les femmes enceintes, mais aussi pour tout travailleur dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé, le nécessitent
- ✓ **d'un suivi individuel renforcé (SIR)** pour les salariés occupant un poste « présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail », à savoir les postes exposant les salariés à l'amiante, au plomb au-delà d'un certain seuil, aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, à certains agents biologiques, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare et au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et démontage d'échafaudages
- ✓ **de visites de pré-reprise et de reprise de travail**
- ✓ **de visites occasionnelles effectuées à la demande de l'employeur, à la demande du travailleur ou à la demande du médecin du travail**

Toutes précisions peuvent vous être apportées en contactant notre Service au 05.55.18.20.55 ou bien en consultant notre site internet <http://www.sante-travail-limousin.org/>

### CLASSIFICATION DES SALAIRES pour vous permettre de remplir la liste nominative de votre personnel

| SUIVI INDIVIDUEL DE L'ETAT DE SANTE |                           |                               |                                | SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE |   |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---|
| Cas général (SI)                    |                           | Suivi Individuel Adapté (SIA) |                                | (SIR)                     |   |
| Code                                | Code du travail R.4624-10 | Code                          | Code du travail R.4624-17 à 21 | Code                      | Code du travail R.4624-22 et 23   |
| SI                                  | Cas général               | -18                           | Salariés - 18 ans              | R1                        | Amiante   |
|                                     |                           | FE                            | Femmes enceintes               | R2                        | Rayonnements ionisants  |
|                                     |                           | TH                            | Travailleurs handicapés        | R3                        | Plomb   |
|                                     |                           | TI                            | Travailleurs en invalidité     | R4                        | Risque hyperbare  |
|                                     |                           | TN                            | Travailleurs de nuit           | R5                        | Agents biologiques Gr. 3 et 4   |
|                                     |                           |                               |                                | R6                        | Agents CMR  |
|                                     |                           |                               |                                | R7                        | Chute de hauteur échafaudages   |
|                                     |                           |                               |                                | R8                        | Aptitude spécifique au poste prévue par Code du travail                           |
|                                     |                           |                               |                                | R9                        | Autre risque particulier déclaré par l'employeur après avis du médecin du travail |

**Votre Service de Santé au Travail se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire**

*Ceci est un document de synthèse qui n'a pas de valeur juridique. Se référer au Code du travail et aux textes en vigueur*

BRIVE, le

**BORDEREAU D'APPEL DE COTISATION  
PRO – FORMA**  
Tarif valable année civile en cours

Nom Juridique :

Adresse :

**CALCUL DE VOTRE COTISATION D'ADHÉSION**

| Désignation   | Nombre | Montant H.T. |
|---|--------|--------------|
| Droit d'entrée  | 1      |              |
| Cotisation forfaitaire (21,00 € HT/salarié)<br>(Conforme déclaration contrat adhésion)  |        |              |
| Cotisation sur salaires (Provision) ***<br>Nbre de salariés x 20 euros si demande adhésion avant le 30/06 ou 10 euros après<br>Pas d'appel provisionnel à l'adhésion pour les apprentis |        |              |
| Montant total H.T.  |        |              |
| T.V.A. à 20 %   |        |              |
| <b>MONTANT T.T.C. à régler</b>  |        |              |

\*\*\* Le montant de la cotisation relative à la provision sur salaires sera régularisé en fin d'année, en fonction de la masse salariale annuelle réelle.

**Règlement** à établir à l'ordre de **AIST 19** Domiciliation bancaire : Caisse d'Épargne Auvergne Limousin n° 18715-00101-08100981773-83  
Code IBAN : FR76 1871 5001 0108 1009 8177 383 BIC : CEPFRPP871

**UN BORDEREAU D'APPEL DE COTISATION ACQUITTÉ, VALANT RECEPISSE D'ADHESION,  
VOUS SERA ENVOYÉ APRÈS ENCAISSEMENT DES SOMMES DUES.**

**POUR UNE ADHÉSION EFFECTIVE**

Merci de nous retourner les documents mentionnés ci-dessous à l'adresse suivante :

**AIST 19 - Service Adhésion - 9 Rue Louis Taurisson - 19100 BRIVE**

CONTRAT  
D'ADHESION  
SIGNÉ

+

BORDEREAU  
D'APPEL  
PRO-FORMA

+

RÈGLEMENT

Pour tout renseignement complémentaire, contacter  
**Christine ROLLAND – 05 55 18 20 55**

## NOTE EXPLICATIVE – COTISATIONS

Le Service de Santé au Travail auquel vous adhérez, a été créé par des chefs d'entreprises pour répondre aux obligations imposées aux employeurs par la loi du 11.10.46.

La qualité d'adhérent entraîne l'acceptation des dispositions des Statuts et du Règlement Intérieur de l'AIST 19 et implique la participation aux frais d'organisation et de fonctionnement.

**Cette contribution se fait sous forme de cotisations ou, en l'absence de personnel salarié durant l'année écoulée, par une participation minimale d'un montant de 20,00 € HT.**

**La cotisation ouvre droit à l'offre globale de services proposée par l'AIST 19.**

### ASSIETTE ET TAUX DE LA COTISATION

- **Cotisation sur la masse salariale** limitée à la Tranche A : **Pour 2018**, le taux d'appel est fixé à **0,26 % sur les salaires bruts plafonnés** (*y compris les salaires des apprentis*)
- et**
- **Forfait « per capita »** : **Pour 2018**, le montant de ce forfait est fixé à **21,00 € HT par salarié** inscrit à l'effectif de l'entreprise

La cotisation sur la masse salariale est appelée à titre provisionnel en début d'année sur la base des salaires de l'exercice précédent et régularisée en fin d'exercice.

L'assiette de la cotisation sur salaires inclut toutes les sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les rémunérations, les indemnités de congés payés, les primes, gratifications, indemnités et autres avantages, pour tout salarié quel que soit le type de contrat, ayant été présent au sein de votre entreprise au cours de la période considérée.

Le forfait « Per Capita » s'applique pour tout salarié figurant à l'effectif de l'entreprise au cours de l'exercice civil.

### ÉCHÉANCES

- **Au 31 janvier**
  - Retour Bordereau nominatif et Déclaration de la masse salariale (DADS)
- **1<sup>er</sup> semestre**
  - Appel provisionnel de la cotisation sur la masse salariale
  - Forfait unique par salarié inscrit sur le bordereau nominatif
- **31 décembre**
  - Régularisation de la cotisation sur la masse salariale en fonction des salaires bruts limités à la tranche A réellement versés au cours de l'année écoulée
  - Régularisation des forfaits uniques pour les salariés inscrits au cours de l'exercice