

# Bulletin

à remplir en cas de  
**salarié isolé ou éloigné**

Merci de bien vouloir établir un document par salarié isolé ou éloigné

## Votre service de santé au travail principal

Nom du service de santé au travail principal : .....

Adresse du service de santé au travail principal : .....

Nom du médecin du travail affecté au siège social : .....

## Votre salarié isolé ou éloigné

Nom : .....

Prénom : .....

Poste de travail : .....

Code CSP : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../..... sexe :  M  F

Type de contrat (+ durée si CDD) : .....

Date d'embauche : .....

## Suivi de l'état de santé individuel de votre salarié

Cochez dans le tableau ci-dessous le(s) risque(s) ou situation(s) particulière(s) concernant votre salarié

Cas général	moins de 18 ans	travailleur de nuit	travailleur handicapé	titulaire pension invalidité	femme enceinte et/ou allaitante	agents biologiques (gpe 2)	champs électromagnétiques		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SI *	SIA *	SIA	SIA	SIA	SIA	SIA	SIA		
amiante	plomb	agents CMR	agents biologiques (gpe 3 et 4)	montage/démontage échafaudages	milieu hyperbare	transport de matières dangereuses / transports en commun	poste à aptitude spécifique	moins de 18 ans travaux réglementés	rayonnements ionisants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIR *	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR1 *	SIR1

SI : suivi individuel simple / cas général - SIA suivi individuel adapté - SIR : suivi individuel renforcé - SIR1 : suivi annuel renforcé annuel

## Adresse du domicile de votre salarié

Adresse : .....

## Adresse du lieu de travail de votre salarié

Nom et adresse complète de l'entreprise où intervient le salarié : .....

Secteur d'intervention pour votre salarié itinérant : .....

### Vos tarifs 2023 (hors adhésion)

- Cotisation forfaitaire annuelle : 105 € HT par salarié présent au 1er janvier, remise de 6.5% pour les entreprises ayant entre 16 et 49 salariés, remise de 13% pour les entreprises ayant entre 8 et 15 salariés, remise de 18% pour les entreprises ayant entre 1 et 7 salariés,
- Tarif au rendez-vous : 86 € HT par visite d'embauche.

Tarifs spécifiques au rendez-vous : salariés saisonniers 86 € HT, intérimaires 98 € HT, personnel des établissements hors Loire-Atlantique 140 € HT, salariés non francophones 140 € HT.

NB : toute absence non justifiée 48h à l'avance sera facturée au prix de la visite.

Ces montants couvrent : la surveillance de la santé de vos salariés (visites médicales), les actions en milieu de travail et les interventions du service technique pluridisciplinaire (hors formations).

Nom et fonction du signataire :

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'entreprise :