

Vos informations

Nom : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance :/...../..... sexe : ☐ M ☐ F
 SIRET : Adresse email :
 Code APE/NAF : Téléphone :
 TVA Intracommunautaire :
 Activité de l'entreprise : ☐ J'accepte de recevoir la newsletter mensuelle du GIST : des infos pratiques pour vos démarches, des formations, des actualités sur la santé au travail, des ressources et des documents utiles.

L'ensemble des champs sont obligatoires. L'adresse email permettra de vous communiquer les informations réglementaires et les démarches liées à votre adhésion. Merci de vérifier l'exactitude des informations. Les statuts de l'association ainsi que le règlement général sont disponibles sur notre site web gist44.fr

L'adhérent est informé qu'il est susceptible de recevoir des informations réglementaires ou d'intérêt général dans le cadre de sa mission prévue à l'article L.4622-2 du Code du Travail. L'adhérent peut exercer son droit d'opposition auprès du DPO du GIST dpo@gist44.fr

Adresse du siège social

Adresse :

Adresse de la facturation (si différente du siège)

Adresse complète :

 Téléphone : Email :

Suivi de votre état de santé

Cochez dans le tableau ci-dessous le(s) risque(s) ou situation(s) particulière(s) vous concernant :

cas général	habilitation électrique	engins mobiles soumis à autorisation	champs électromagnétiques	agents biologiques (gpe 2)	transport de matières dangereuses / transports en commun	travailleur de nuit	travailleur handicapé	titulaire pension invalidité	femme enceinte et/ ou allaitante
<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"/>
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SIA	SIA	SIA	SIA
moins de 18 ans travaux NON réglementés	amiante	plomb	agents CMR	agents biologiques (gpe 3 et 4)	montage démontage échafaudages	milieu hyperbare	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"/>
SIA	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR^{annuel}	SIR^{annuel}

SI Suivi Individuel *général* | **SIA** Suivi Individuel Adapté | **SIR** Suivi Individuel Renforcé | **SIR^{annuel}** Suivi Individuel Renforcé *annuel*

Tarif 2026 (hors adhésion)

• Cotisation forfaitaire annuelle : 98 € HT par personne.

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

Ce montant couvre : le suivi individuel de votre santé, les conseils en prévention, les ateliers de sensibilisation et les interventions du service technique pluridisciplinaire.

Signature et cachet :

Fait à :

Le :