

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 éloigné

Nom : Nom de naissance :

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

Poste de travail : Type de contrat (+ durée si CDD) :

Code CSP : 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 <input type="checkbox"/>	habilitation électrique <input type="checkbox"/>	engins mobiles soumis à autorisation <input type="checkbox"/>	champs électromagnétiques <input type="checkbox"/>	agents biologiques (gpe 2) <input type="checkbox"/>	transport de matières dangereuses / transports en commun <input type="checkbox"/>	travailleur de nuit <input type="checkbox"/>	travailleur handicapé <input type="checkbox"/>	titulaire pension invalidité <input type="checkbox"/>	femme enceinte et/ou allaitante <input type="checkbox"/>	
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SIA	SIA	SIA	SIA	
moins de 18 ans travaux NON réglementés <input type="checkbox"/>	amiante <input type="checkbox"/>	plomb <input type="checkbox"/>	agents CMR <input type="checkbox"/>	manutention > à 55 kg. <input type="checkbox"/>	agents biologiques (gpe 3 et 4) <input type="checkbox"/>	montage démontage échafaudages <input type="checkbox"/>	milieu hyperbare <input type="checkbox"/>	poste à aptitude spécifique <input type="checkbox"/>	moins de 18 ans travaux réglementés <input type="checkbox"/>	rayonnements ionisants <input type="checkbox"/>
SIA	SIR	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

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 :

Je soussigné(e) :

agissant pour le compte de :

après avoir pris connaissance et accepté les statuts et le règlement général du GIST (téléchargeables sur le site internet), déclare demander mon adhésion au GIST.

L'adhésion est confirmée par le versement d'un montant fixe de 50 € HT (soit 60 € TTC) représentant le droit d'inscription pour l'entreprise.

Le paiement doit être envoyé avec toutes les pièces du dossier d'adhésion dûment complétées.

Vos tarifs 2026, approuvés par l'Assemblée générale, sont disponibles sur notre site internet gist44.fr

Chaque année, le GIST demandera la mise à jour des effectifs. L'adhésion est à durée indéterminée.

Je soussigné, Olivier Van Hauwaert, directeur du GIST, accepte l'adhésion de l'entreprise désignée ci-dessus, qui lui donne accès à l'offre de service suivante :

- L'offre socle du GIST : la surveillance de la santé des salariés (visites médicales), les actions en milieu de travail, les interventions du service technique pluridisciplinaire ainsi que l'accompagnement à la prévention de la désinsertion professionnelle.
- L'offre spécifique : optionnelle pour les travailleurs indépendants et les chefs d'entreprises non salariés. (cf. bulletin dédié)

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'entreprise :

Olivier Van Hauwaert

Directeur du GIST