

**Document à retourner à :**

AIPALS – Service Gestion des Adhésions  
ZAC Font de la Banquière - Plan du Néga Cat - CS 71007  
34973 LATTES Cedex

Tél. : 04 67 15 93 30 Fax : 04 67 15 93 31

**Siège Social :**

RAISON SOCIALE : .....

Nature Juridique :  S.A.R.L.  S.A.  E.U.R.L.

Artisan  Autres (à préciser): .....

Activité professionnelle : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. : ..... FAX : .....

Adresse e-mail : .....

Date de création :  Code NAF :

N° URSSAF : .....

N° de SIRET de l'établissement : .....

Y-a-t-il eu un antécédent d'adhésion à l'AIPALS ?  oui  non

Si oui, quelle était la raison sociale de la société ? ..... Quel était son numéro d'adhérent ? .....

Nom et N° de téléphone de la personne responsable des relations avec le Service de Santé au Travail : .....

Nom et N° de téléphone du Cabinet Comptable : .....

<b>EFFECTIF :</b>	<b>S.M. SIMPLE</b>	<b>S.M.R.</b>	<b>TOTAL</b>

*La législation impose au Chef d'Entreprise de déclarer l'ensemble du personnel de l'entreprise.*

*Cette déclaration doit faire apparaître clairement les salariés qui doivent être soumis à une **Surveillance Médicale Renforcée** en fonction des risques professionnels inhérents au poste ou au métier exercé. (Voir liste explicative au verso du document).*

Je soussigné(e) M ..... , Chef d'Entreprise / Gérant / Directeur, représentant l'Établissement désigné ci-dessus, déclare adhérer à l'A.I.P.A.L.S. et m'engage :

- A respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur de ladite Association ainsi que la législation applicable aux Établissements assujettis en matière de Médecine du Travail. Ces documents sont consultables sur [www.aipals.com](http://www.aipals.com) .
- A ne pas être déjà inscrit dans un service de santé au travail dans le département du 34
- A verser régulièrement et ponctuellement les cotisations, décidées par le Conseil d'Administration représentant les adhérents,
- A communiquer par écrit à l'A.I.P.A.L.S. toute modification dans le fonctionnement de l'Établissement : raison sociale, coordonnées, variation de l'effectif, cessation d'activité...

Fait à ..... , le .....

**Cachet de l'Établissement et signature précédée de la mention manuscrite "Bon pour adhésion".**

L'affectation d'un salarié en catégorie SM (Surveillance Médicale) ou SMR (Surveillance Médicale renforcée) relève de la responsabilité du Chef d'Entreprise. Les critères ci-dessous permettent la classification des salariés relevant d'une SURVEILLANCE MÉDICALE RENFORCÉE. Cependant, à la demande du Chef d'Entreprise, le Médecin du Travail, peut, par sa connaissance des salariés, de l'entreprise et de ses postes de travail, lui apporter un conseil efficace

**Salariés soumis à l'article R.4624-18, modifié par décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 – art.1**

Bénéficient d'une surveillance médicale renforcée :

1. Les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans ;
2. Les femmes enceintes ;
3. Les travailleurs handicapés ;
4. Les salariés exposés :
  - a. À l'amiante ;
  - b. Aux rayonnements ionisants ;
  - c. Au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 ;
  - d. Au risque hyperbare ;
  - e. Au bruit dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 4434-7 ;
  - f. Aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2 ;
  - g. Aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2 ;
  - h. Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 ;
  - i. Aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 ;

Les risques détaillés ci-dessus n'écartent pas la prévention de l'ensemble des risques professionnels qu'il faut prendre en considération dans le Document Unique de l'entreprise.

**Périodicité**

Article R.4624-19 du Code du travail.

Sous réserve de la périodicité de 24 mois prévue à l'article R.4624-16 du Code du travail, le médecin du travail est juge des modalités de la surveillance médicale renforcée, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Cette surveillance comprend au moins un ou des examens de nature médicale selon une périodicité de 24 mois au maximum.