

# DEMANDE D'ADHESION

**Entreprise :**

Raison sociale \* : .....  
Adresse \* : .....  
Code postal et localité \* : .....  
N° SIRET \* : ..... Tél : ..... Fax : .....  
Activité \* : ..... Code NAF 2008 \* : .....  
Convention collective n° : ..... Effectif de l'entreprise : .....

**Dirigeant :**

Nom \* : ..... Prénom : .....  
Tél fixe \* : ..... Fax : ..... Tél portable : ..... Mail \* :  
.....

**Correspondant médecine du travail :**

Nom \* : ..... Prénom : .....  
Tél fixe \* : ..... Fax : ..... Tél portable : ..... Mail \* : .....

**Personne compétente en prévention des risques professionnels :**

Nom \* : ..... Prénom : .....  
Tél fixe \* : ..... Tél portable : ..... Mail \* : .....

**Assistant(e) social(e) de l'entreprise (entreprise de plus de 250 salariés) :**

Nom \* : ..... Prénom : .....  
Tél fixe \* : ..... Tél portable : ..... Mail \* : .....

**Adresse de facturation \* :** .....

**\* = mentions obligatoires**

Je soussigné, ....., représentant légal de l'entreprise .....  
déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts associatifs, et adhère au service  
de santé au travail « association de conseil en santé au travail ».

Je m'engage à me conformer aux droits et obligations résultant des lois et décrets concernant la  
santé au travail, ainsi qu'aux statuts et au règlement intérieur de l'association.

Fait à ....., le.....

Cachet et signature :

Original à nous retourner par courrier