

# 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 : .....

Nom de jeune fille : .....

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	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"/>		
<b>SI *</b>	<b>SIA *</b>	<b>SIA</b>	<b>SIA</b>	<b>SIA</b>	<b>SIA</b>	<b>SIA</b>	<b>SIA</b>		
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"/>
<b>SIR *</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR</b>	<b>SIR1 *</b>	<b>SIR1</b>

**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 2021 (hors adhésion)

• Cotisation forfaitaire annuelle : 0,40 % de la masse salariale déclarée avec, par salarié, un plancher de 65 € HT et un plafond de 106 € HT,

• Tarif au rendez-vous : 65 € HT par visite d'embauche.

Tarifs spécifiques au rendez-vous : salariés saisonniers 65 € HT, intérimaires 73 € HT, personnel des établissements hors Loire-Atlantique 120 € 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 :