

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-après le bulletin d'adhésion au ST-Provence qu'il convient de nous retourner à l'adresse suivante :

**SANTE AU TRAVAIL PROVENCE**  
450 rue Albert Einstein  
CS 20360  
13799 AIX EN PROVENCE CEDEX 3

Afin d'assurer la validation par notre service, merci de nous **retourner le dossier complet** :

- Champs obligatoires signalés par un astérisque (\*)
- Signatures et paraphes en bas de chaque page
- Extrait Kbis ou avis de Situation au répertoire SIRENE de moins de 3 mois pour l'établissement concerné par l'adhésion
- Règlement des frais d'adhésion de 90€ par chèque ou virement (RIB page 9). Prière de joindre l'avis de virement mentionnant le nom de la raison sociale concernée par l'adhésion.
- Déclaration de la liste du personnel (page 5)
- Fiche « CAS PARTICULIER : SALARIE(S) ISOLE(S) » pour **les entreprises hors département des Bouches du Rhône ayant du personnel sur la zone de compétence géographique du ST-PROVENCE** (page 3)
- Fiche "Nos Tarifs" dûment signée (page 6)

**Nous vous informons que tout dossier incomplet ne pourra être traité et vous sera retourné.**

Notre Service Relation Adhérents (SRA) est à votre disposition du lundi au vendredi :

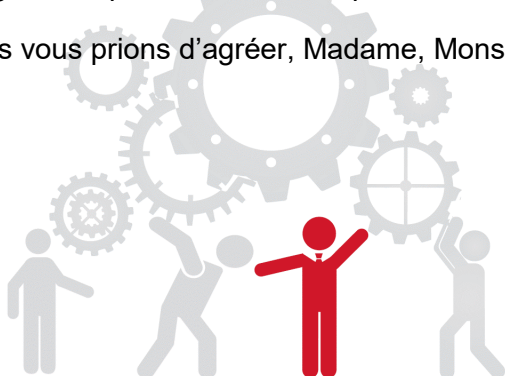
- Par téléphone au **0800 360 400** (numéro non surtaxé)
- Par mail : **stp-sra@stprovence.fr**

Après validation de votre dossier, nous vous communiquerons :


- Une attestation d'adhésion
- Une facture acquittée des frais d'adhésion
- Vos codes d'accès à votre espace adhérent sur notre site : [www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr) afin de déclarer vos salariés, consulter et télécharger vos factures.

Le Président, les membres du Conseil d'Administration et moi-même demeurons à l'écoute de vos suggestions pour améliorer les prestations que nous pouvons vous proposer.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.



Le Directeur Général

  
François-Xavier Michaux

[www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr)

s'agit \* :  
d'une nouvelle adhésion  
d'une réinscription (réf. adhésion : .....

**A RETOURNER**

Je soussigné \* : .....  
Agissant en qualité de \* : .....

### Siège Social :

Forme Juridique \* : ..... N°RNA (pour les Associations) : W.....  
Nom commercial (ou enseigne) \* : .....  
N° Siret \* : ..... Code NAF \* : .....  
Adresse \* : .....  
Code postal \* : ..... Ville \* : .....  
N° Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

### Etablissement concerné par la demande d'adhésion (si différente du siège) :

Nom commercial (ou enseigne) \* : .....  
N° Siret \* : ..... Code NAF \* : .....  
Adresse \* : .....  
Code postal \* : ..... Ville \* : .....  
N° Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

### Adresse de facturation :

Adresse \* : .....  
Code postal \* : ..... Ville \* : .....  
N° Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

### Personne responsable des liaisons avec le secrétariat médical (prises de rdv, convocations...) :

Nom \* : ..... N° de ligne directe \* : .....  
E-mail \* : .....@.....

### Cabinet comptable :

Nom \* : ..... Identifiant cabinet comptable : CAB .....  
N° de ligne directe \* : ..... E-mail \* : .....@.....

### Observations du Chef d'Entreprise :

Je soussigné \* : ..... déclare adhérer **sans restriction** aux Statuts et Règlement Intérieur du Service de ST-Provence (consultables sur le site du service : [www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr) rubrique « comment adhérer») et m'engage, conformément à l'article D 4622-22 du code du travail, à donner tous les renseignements nécessaires au Service de Santé au Travail.

A ..... le .....

Signature et Cachet de l'entreprise \* :

#### Documents à fournir pour l'adhésion :

- Un extrait Kbis ou avis de Situation Sirène de -3 mois
- Chèque ou avis de virement de 90€ pour les frais

## CAS PARTICULIER : SALARIE(S) ISOLE(S)

**Pour les entreprises hors département des Bouches-du-Rhône : le ST Provence suivra uniquement le personnel dépendant de sa zone de compétence géographique.  
La liste des communes couvertes par le ST Provence est consultable sur notre site, « comment adhérer ».**

L'adresse du (ou des) site(s) de travail : .....

ou l'adresse de chaque salarié s'il n'existe pas de lieu de travail fixe

Nom	Prénom	Adresse	Date de fin de contrat (si CDD)	Type de visite demandée **		
				VIPI	VIPP	EMA

**La fiche d'entreprise de l'établissement** : jointe  non jointe\*

(Article R4624-46 du code du travail : pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les SSTI, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. ...)

\* Si non, j'atteste ne pas être en possession de la fiche d'entreprise pour la raison suivante :

.....  
Je m'engage à communiquer au ST-Provence la fiche d'entreprise, et ce, dans un délai de six mois.

**Le compte-rendu de la séance du Comité Social et Economique** au cours de laquelle la consultation a été faite sur le choix du Service de Santé au Travail (SST) de proximité :  
joint  non joint

Si non, j'atteste ne pas être en possession du compte-rendu de la séance du Comité Social et Economique pour la raison suivante :

- L'entreprise emploie moins de 50 salariés et n'a donc pas de CSE
- L'entreprise emploie au moins 50 salariés et le CSE sera informé et consulté sur le choix de l'organisme du Service de Santé au Travail lors de leur prochaine réunion. Je m'engage à vous communiquer le compte rendu de réunion dès qu'il sera établi.

**Les coordonnées du Médecin du travail du Service de Santé au Travail principal \* :**

Nom et adresse du Service de Santé au Travail : Dr .....

**Un certificat sur l'honneur \* :**

Je soussigné(e) ....., agissant en qualité de ..... de l'entreprise ..... certifie que les lieux d'exercice du contrat de travail des salariés pour lesquels la demande est faite sont situés sur le territoire de compétence du STProvence.

A .....le .....

Signature et Cachet de l'entreprise \* :

\* : champ obligatoire

\*\* : Glossaire

**Cadre réservé à ST Provence :**

**Docteur :** ..... **Centre :** .....

**N° Adhérent :** ..... **Dénomination :** .....

**Commentaire(s) Gemetwin vu(s) par Stetho**

S'agit-il : (merci de cocher la case correspondante)

- D'une création d'entreprise
- D'une franchise
- D'une appartenance au groupe : .....
- D'une entreprise existante / nom de l'ancienne entreprise : .....
- D'un rachat d'entreprise : n°Adh:.....Nom : .....

**Activité de l'entreprise \* :**

.....

**Renseignements complémentaires :**

1) L'entreprise adhérente est-elle un établissement d'un groupe ? oui  non

si oui, nom du groupe : .....

Adresse : .....

Effectif total déclaré par l'Employeur dans l'entité concernée par le présent bulletin d'adhésion : ..... salariés

2) Nom du Référent Santé Sécurité (L4644-1) : .....

Email: .....@.....

Téléphone : .....

3) Existe-t-il un CSSCT\*\* (art. L.4611-1 Code du travail) : oui  non

4) Existe-t-il des délégués du personnel (CSE)\*\* : oui  non

5) Le document unique a-t-il été réalisé \*\* (décret n°2001-1016 du 05/11/2001):

oui  non

**Si oui date de la dernière mise à jour :** .....

6) La fiche d'entreprise a-t-elle été réalisée \*\*: oui  non

**Si oui date de la dernière mise à jour :** .....

7) Référence de la Convention Collective.....

8) Horaires de travail \*\*: .....

Travail de nuit\*\* : oui  non

Travail posté\*\* : oui  non

Travail/formation en alternance \*\*: oui  non

9) Possédez-vous les Fiches de Données Sécurité (FDS) \*\* des produits chimiques que vous utilisez ? : oui  non

.....

**Si oui, vous devez les transmettre au Médecin du Travail**

\* : champ obligatoire

\*\* : Glossaire

**Paraphes\* :**



## Nos Tarifs

Les cotisations assurent les charges de fonctionnement du Service de santé ([www.stprovence.fr/nos-actions](http://www.stprovence.fr/nos-actions)). Conformément à la réglementation, ces charges sont supportées par les entreprises adhérentes. **Le montant et les modalités de cotisation sont fixés chaque année par le Conseil d'Administration.**

### Comment l'Adhérent est-il facturé ?

Chaque Adhérent reçoit à son adhésion un accès à son espace en ligne : [www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr) sur lequel figurent ses informations administratives, factures, rendez-vous, liste des salariés et l'accès à la déclaration annuelle des effectifs.

#### Chaque début d'année

##### Déclaration nominative du personnel en ligne :

- Déclarer et valider l'effectif présent au **01 janvier** de l'année en cours.
- Sur l'Espace Adhérent, rubrique "Déclaration en ligne".
- Déclaration à faire du **1er au 15 janvier**



##### Facturation annuelle de l'effectif déclaré au 1er janvier :

- **-15 salariés** : facture payable en 1 échéance
- **+15 salariés** : facture payable en 4 échéances
- **Facturation d'office** sur l'effectif connu au 1er janvier à défaut de déclaration

#### En cours d'année

##### Embauche(s) et/ou débauche(s) en cours d'année ? :

- Mise à jour de la liste du personnel en ligne
- Sur l'Espace Adhérent, rubrique "Vos Salariés".



##### Facturation complémentaire pour nouveau(x) salarié(s) déclaré(s) :

- Facture émise à trimestre échu
- **Hors CDI** : 125,00€HT/an
- **CDI** : au prorata trimestriel sur la base de la cotisation annuelle (25%/trim.)

### Combien l'Adhérent est-il facturé ?

Depuis le 01/01/2018 et conformément à la décision du **Conseil d'État de juin 2014**, le STProvence applique un mode de cotisation dit « **Per Capita** » (facturation unique par salarié déclaré par l'Adhérent).

La cotisation « Per Capita » s'élève, depuis 2019, à **125,00€HT par salarié déclaré et par an** (année civile).

Salarié ...	... ne travaillant pas en INB*	... travaillant en INB* et non exposé	... travaillant en INB* et exposé en catégorie A ou B
... <b>permanent</b> (CDI, CDD, contrat pro...)	Cotisation <b>annuelle</b> de <b>125,00€HT</b> /salarié déclaré		Cotisation annuelle + <b>185,00€HT</b> / salarié / visite
... <b>intérimaire</b>	Cotisation à la <b>convocation</b> de <b>125,00€HT</b> / salarié déclaré		Cotisation à la convocation + <b>242,00€HT</b> / salarié / visite
Absence non excusée 48h avant le RDV	<b>35,00€HT</b> / salarié	<b>50,00€HT</b> / salarié	<b>80,00€HT</b> / salarié

\*INB : Installation Nucléaire de Base

Signature et Cachet de l'entreprise \* :

Les tarifs sont susceptibles d'être réévalués par le **Conseil d'Administration** au **01 janvier de chaque année**.

A : ..... le .....

A retourner au STProvence **INTEGRALEMENT COMPLETEE** et **JOINDRE VOTRE RIB**

**N° Adhérent** : .....  
**Raison Sociale\*** : .....  
**Adresse** : .....  
**CP** : ..... **Ville** : .....  
**Adresse mail\*** : .....

Je soussigné représentant l'entreprise dont les coordonnées figurent ci-dessus, souhaite utiliser le système de prélèvement mis à ma disposition par le STP, afin de régler les cotisations que je dois acquitter en qualité de membre de cette Association. Les modalités de règlement des cotisations sont effectuées dans les conditions ci-après :

- Le STP m'informe de l'ouverture des déclarations chaque année et je m'engage à déclarer l'effectif de mes salariés en début d'année et à chaque mouvement du personnel. Une facturation est donc émise et disponible sur mon espace adhérent dès le lendemain.
- Mes factures de cotisations seront donc prélevées. Les factures complémentaires (absences, intérim...) sont à régler par virement, carte bleue ou chèque.
- **Les frais d'adhésion ou réinscription sont à régler par chèque ou virement.**
- En cas de litige sur un prélèvement, je saisisrai le STP aux fins d'étudier les modalités de règlement.
- En cas de changement de RIB, j'en informerai le STP et lui retournerai un nouvel imprimé renseigné et accompagné du nouveau RIB.

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature et cachet de l'Entreprise\*** :

\* : champ obligatoire



**Mandat de prélèvement SEPA**  
Veuillez compléter tous les champs du mandat.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SANTE AU TRAVAIL PROVENCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SANTE AU TRAVAIL PROVENCE**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**DEBITEUR :**

**Votre Nom\*** : .....

**Votre Adresse\*** : .....  
.....

**Votre CP\*** : ..... **Votre Ville\*** : .....

**Votre Pays\*** : .....

**IBAN\*** : .....

**BIC\*** : .....

**Votre Signature\*** :

**A\*** : .....

**LE\*** : .....

**CREDITEUR :**



**Identifiant créancier SEPA : FR 72 STP 482356**  
**Nom : SANTE AU TRAVAIL PROVENCE**  
**Adresse : 450 RUE ALBERT EINSTEIN - CS20360**  
**CP : 13799**  
**Ville : AIX-EN-PROVENCE CEDEX 03**  
**Pays : FRANCE**

Paiement : Récurrent/Répétitif

## NOS PRESTATIONS

Vous trouverez ci-dessous, toutes les ressources que le ST-Provence met à disposition de ses adhérents, et qui **sont couvertes par la seule cotisation, excluant toute autre facturation** ([téléchargez la brochure du service](#)).

### LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

Conduire des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail.

Mener des actions d'information et de formation de ses salariés sur la santé et la sécurité.

Mettre en place une organisation et des moyens de travail adaptés.

### LES MISSIONS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge.

Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

### LES ACTIONS DU ST-PROVENCE

**UN CONSEIL !  
UNE INFORMATION !  
CONTACTEZ VOTRE ÉQUIPE  
MÉDICALE**

#### SUR LE TERRAIN

- Visites d'entreprises
- Mesures et conseils sur l'environnement de travail
- Études ergonomiques
- Cellule d'urgence psychologique
- Prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS)
- Aide à la rédaction du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)
- Conseils en matière d'Équipements de Protection Individuelle, Collective (EPI, EPC)
- Conseils juridiques en matière de santé au travail
- Prévention de consommation de Substances PsychoActives (drogues illicites, médicaments, alcool, ...)
- Études de poste et aménagements de poste
- .....

**POUR PLUS D'INFORMATION  
RENDEZ-VOUS SUR  
SUR LA PAGE  
«NOS ACTIONS»**

#### SURVEILLANCE SANTÉ / RISQUES

- Suivi individuel de l'état de santé des salariés par un médecin du travail ou un infirmier (IDEST)
- Soutien individuel en psychologie
- Soutien social
- Maintien dans l'emploi

#### FORMATIONS / SENSIBILISATIONS

- Brochures prévention
- DUERP
- Risque routier
- Travail sur écran
- Gestes & postures au travail
- Sauveteur Secouriste du Travail
- ...

**VENEZ PARTICIPER A L'UNE  
DES SESSIONS D'INFORMATION  
SUR LE DUERP  
RENDEZ-VOUS SUR LA PAGE  
«ACTUALITÉS»**

#### ACTIONS REGIONALES

Dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec la DIRRECTE PACA et la CARSTAT sud-est le ST-Provence participe à différentes actions régionales :

- **Action régionale** : améliorer le suivi de l'état de santé individuel et la prévention des risques professionnels des salariés intérimaires
- **Action régionale** : diagnostic régional des besoins en prévention des risques professionnels en PACA-CORSE
- **Action Garage 2013-2018** : accompagner les entreprises de mécanique (auto, moto, motoculture, poids lourds et transport en commun) dans la connaissance et l'identification et la prévention des risques professionnels.
- **Action TPE DUERP** : apporter une aide aux petites entreprises du secteur du nettoyage et des transports routiers de marchandises dans la réalisation du DUERP afin de conduire une approche de la prévention des risques et des facteurs de pénibilité.



**Crédit Mutuel**

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	07963	00030639946	08	EUR

Domiciliation  
**CCM AIX REPUBLIQUE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8079 6300 0306 3994 608**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**  
CCM AIX REPUBLIQUE  
6 COURS DES MINIMES  
13100 AIX EN PROVENCE  
☎04 42 99 00 72

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
SANTE AU TRAVAIL-PROVENCE  
CS 20360  
450 RUE ALBERT EINSTEIN  
13799 AIX EN PROVENCE CEDEX 3

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ



**CSSCT : Commission Santé, Sécurité et Condition de Travail** : constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CSSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

**Code NAF/APE : Le code APE est attribué par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)** : Ce code sert à identifier l'activité de votre entreprise, et détermine la convention collective qu'il faut appliquer) pour vos salariés. Pour information le Code APE ou code NAF, sont deux appellations qui regroupent la même notion. C'est l'abréviation de l'Activité Principale Exercée qui a remplacé la Nomenclature des Activités Françaises.

**CSE (Comité Social et Economique)** : Élus dans les établissements de 11 salariés et plus, les délégués du personnel exercent les attributions que le Code du travail leur confie spécifiquement, et dans certains cas, assument les missions normalement dévolues au CSE et au CSSCT.

**Document Unique (DU) appelé aussi Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)** : Quels que soient la taille de l'entreprise et son secteur d'activité, l'employeur doit transcrire dans un document unique, les résultats de l'évaluation des risques à laquelle il a procédé dans le cadre de son obligation générale de prévention des risques professionnels. Le document unique doit comporter un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail (ensemble de salariés qui sont exposés à des risques similaires ou qui rencontrent des conditions homogènes d'expositions aux risques). Pour ce faire, l'employeur peut s'appuyer sur différentes sources d'information disponibles dans l'entreprise : analyse des risques réalisée par le CSSCT, listes des postes de travail à risques particuliers, fiche d'entreprise établie par le médecin du travail... Le document unique doit faire l'objet d'une mise à jour régulière (au moins une fois par an) et lorsqu'une modification survient (transformation de l'outillage, révélation de risques non identifiés jusqu'alors, survenance d'un accident du travail...). Votre service de Santé au Travail Provence vous propose régulièrement des réunions d'information afin de vous accompagner dans l'élaboration de ce document. Toutes les dates sur [www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr)

**Fiche d'Entreprise (FE)** : La Fiche d'entreprise est un document réglementaire (articles R4624-46 du Code du Travail) élaboré et mis à jour par le médecin du travail ou les autres professionnels en santé au travail (intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), infirmière en santé au travail (IDEST), Assistante en Santé au Travail (ASST)). L'objectif principal de cette fiche est l'identification des facteurs professionnels de risque pour la santé et la sécurité de salariés et l'évaluation du niveau de risque restant, en tenant compte des mesures de protection collective et individuelle prises par l'employeur.

**Fiches de Données de Sécurité FDS (réglementation REACH et Code du travail)** : La Fiche de Données de Sécurité ou FDS est un formulaire contenant des données relatives aux propriétés d'une substance chimique. Ces fiches sont un élément important de la santé et sécurité au travail, sur le lieu de travail pour les utilisateurs des produits et pour ceux qui traitent leurs restes, résidus, ou des déchets souillés par ces produits toxiques et/ou dangereux... On doit pouvoir les trouver partout où une substance est utilisée. En Europe, elles doivent notamment être distribuées par le fabricant ou le distributeur du produit au client et dans la langue de ce dernier. Elles sont également transmises au médecin du travail.

**Formation/Travail en alternance** : La formation en alternance est un système de formation dans lequel des périodes de formation théorique, dispensée au sein d'établissements spécialisés, alternent avec des périodes de travail ou d'application en entreprise. La formation en alternance est mise en œuvre dans le cadre de contrats de travail spécifiques, destinés à un public déterminé avec un objectif précis. Ils sont actuellement au nombre de deux : le contrat d'apprentissage (formation initiale) et le contrat de professionnalisation (insertion en alternance).

**Règlement Général Protection Données** : Le Service a souscrit au RGPD et s'engage à en respecter les modalités dans le cadre de son activité. Toute question relative doit être envoyée au délégué à la protection des données désignées : [dpo@stprovence.fr](mailto:dpo@stprovence.fr)

**Risques professionnels** : Le risque professionnel est le risque (direct ou indirect) inhérent à l'exercice d'un métier.

Consultez notre guide : <http://www.stprovence.fr/contenu/uploads/2016/06/Guide-Evaluation-des-Risques.pdf>

**SIREN / SIRET** : Le numéro SIREN est le numéro unique d'identification de chaque entreprise. Lors de son immatriculation ou de sa déclaration d'activité auprès d'un centre de formalités des entreprises (CFE), toute entreprise ou entrepreneur individuel se voit attribué ce numéro composé de 9 chiffres.

Dès que l'immatriculation est effective, l'INSEE envoie un certificat d'inscription au répertoire SIREN, mentionnant :

- le numéro SIREN, qui identifie l'entreprise,
- le numéro SIRET (composé de 14 chiffres), qui identifie chaque établissement de la même entreprise.

#### **Travail de nuit :**

- est considéré comme travail de nuit, tout travail ayant lieu entre 21H et 6H ;
- ou bien tout travail entre 21H et 7H, incluant la période minuit à 5H ;
- dans le secteur des transports : le travail de nuit couvre la période comprise entre 22H et 5H.

**Travailleur de nuit** : Un salarié qui travaille pendant une partie de la nuit ne bénéficie pas obligatoirement du statut de travailleur de nuit. Pour être considéré comme tel, le Code du travail prévoit que le salarié doit soit :

- avoir accompli au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de son temps de travail quotidien durant les périodes de travail de nuit ;
- avoir accompli un nombre minimal d'heures de travail de nuit au cours d'une période de référence. Ce
- nombre et cette période sont déterminés par l'accord d'entreprise ou la convention ou accord collectif étendu. Si ces derniers ne précisent rien, le Code du travail prévoit que le salarié est considéré comme un travailleur de nuit dès lors qu'il a accompli 270 heures de travail de nuit pendant 12 mois consécutifs.

**Travail posté (appelé aussi travail en équipes ou travail en rotation)** : Le travail posté correspond à tout mode d'organisation du travail en équipe selon lequel des travailleurs sont occupés successivement sur les mêmes postes de travail, selon un certain rythme, y compris le rythme rotatif, et qui peut être de type continu ou discontinu, entraînant pour les travailleurs la nécessité d'accomplir un travail à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines.

On distingue habituellement 3 catégories de travail posté :

- le travail posté discontinu, où les équipes se succèdent à un même poste mais le travail est interrompu en fin de journée et en fin de semaine, au moins le dimanche
- le travail semi continu, où les équipes se succèdent à un même poste de travail sur l'ensemble des 24 heures, mais le travail est interrompu en fin de semaine, au moins le dimanche
- le travail le travail posté continu où les équipes se succèdent à un même poste de travail 24heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il n'y a aucune interruption de l'activité, ni en fin de journée ni en fin de semaine.

#### **Type de visite demandée :**

- VIPI (Visite d'Information et de Prévention Initiale) : visite initiale dans le cadre du suivi d'un salarié exposé à aucun risque particulier (dans un délai de 2 mois pour les apprentis et 3 mois pour les autres suivant la date d'embauche)
- VIPP (Visite d'Information et de Prévention Périodique) : Visite suivant la visite initiale dont le délai est fixé par le médecin du travail (entre 2 et 5 ans) afin d'assurer le suivi de l'état de santé du salarié pour prévenir ou dépister des atteintes d'origine professionnelle.
- EMA (Examen Médical d'Aptitude) : visite dans le cadre du suivi renforcé d'un salarié exposé à des risques particuliers