

Adhésion pour Employeur Particulier

1 Dépendez-vous de notre Service ?

- ✓ Vous ne relevez ni du BTP, ni du Régime Agricole,
- ✓ Votre établissement se situe sur notre zone de compétence géographique ([cliquez ici pour consulter la liste de nos communes](#))

Complétez votre dossier

2

Il s'agit d'un formulaire, enregistrez le fichier et **complétez directement le PDF** en prenant soin de **remplir tous les champs obligatoires** signalés par un astérisque* et imprimer le document.

* : les champs obligatoires non-remplis valent un dossier incomplet qui sera intégralement retourné

3 Envoyez votre dossier complet par courrier

A l'adresse suivante :
ST Provence, 450 rue Albert Einstein, cs 20360, 13799 Aix en Provence Cx 03.

Enregistrement de votre demande

Notre service enregistre votre demande sous 48h et vous recevrez :

- ✓ Votre **attestation d'adhésion** avec les coordonnées de l'équipe médicale en charge de votre dossier,
- ✓ Vos **codes d'accès à votre espace adhérent** vous permettant de **déclarer vos salariés (entrée / sortie)**, consulter vos rendez-vous médicaux et télécharger vos factures.

4



Tout dossier incomplet* ne pourra être traité et vous sera intégralement retourné.

* : champ obligatoire

Assurer le suivi individuel de l'état de santé de son salarié à domicile, qu'il soit embauché via le CESU ou PAJEEMPLOI, en CDD ou en CDI, à temps complet ou partiel, entre dans les obligations légales et relève de la responsabilité citoyenne de chaque particulier employeur en vertu de l'article L7221-2 du Code du Travail.

Motif de la demande* :

Nouvelle adhésion
Réinscription ou Mise à jour (n° Adhérent :)

Vos coordonnées :

Code NAF : 9700Z

Activités des ménages en tant
qu'employeurs de personnel domestique

Civilité* : Madame Monsieur

Nom* :

Prénom* :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

N° Téléphone* : E-mail* :@.....

Contact pour les prises de rdv, envoi des convocations... (si différente) :

Nom et Prénom* :

N° Téléphone* : E-mail* :@.....

Je souhaite adhérer au prélèvement automatique des cotisations :

IBAN :

BIC :

Ce mode de paiement est facultatif. Cochez la case et remplissez les champs IBAN et BIC si vous souhaitez y adhérer. Un mandat comprenant votre code RUM vous sera envoyé pour valider ce mode de paiement.

Observations de l'employeur :

.....
.....

Je soussigné(e)* : agissant en qualité d'employeur particulier

déclare avoir le pouvoir en cochant cette case* d'adhérer sans restriction aux **Règlement Intérieur et Statuts du ST-Provence** (consultables et téléchargeable sur le site internet de ST-Provence : www.stprovence.fr, onglet "comment adhérer" ou [cliquez ici](#)) et m'engage, conformément à l'article D4622-22 du code du travail, à donner tous les renseignements nécessaires au Service de Santé au Travail.

Les cotisations au ST Provence

Depuis le 01/01/2018 le STProvence applique un mode de cotisation dit « Per Capita » conformément à l'article L.4622-6 du Code du Travail, renforcée par une circulaire de la Direction Générale du Travail et confortée par la décision du Conseil d'État de juin 2014.

La cotisation « Per Capita » s'élève, depuis 2019, à 150,00€TTC par salarié déclaré et par an.

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

En début d'année, une facture annuelle est émise selon l'effectif présent au 01 janvier.

Dans le cadre d'embauche déclarée en cours d'année par l'Adhérent, une facture à trimestre échu est générée.

Toute absence non-excusee 48h avant le RDV auprès de l'équipe médicale sera facturée 42,00€TTC.

Toutes les prestations, autour des missions du Service de Prévention et de Santé au Travail Inter-entreprise (SPSTI) sont couvertes par la seule cotisation, sans autre facturation : [cliquez ici pour consulter notre offre de service](#).

A le

Signature* :

(Signature électronique : téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)

Cadre réservé à ST Provence

Adhérent : Employeur Particulier :

Docteur : Centre :

Nouvel Adhérent Réinscription ou MAJ du Commentaire(s) PILOTE

Type Contrat Travail (1)	Date d'embauche	Code Emploi PCS-ESE (2)	EXPOSITION A UN POSTE A RISQUE PARTICULIER															
			AMIA	CMR	PB	RXA	RXB	HYPB	AB34	ECHA	18TR	COND	ELEC	MANU	NUIT	RSQE (4)	PAS DE RISQUE PARTICULIER	

cocher obligatoirement le(s) code(s) correspondant(s) (5)
(Cf. tableau ci-dessous)
Plus de détail sur www.stprovence.fr

Nom de Naissance	Nom Marital	Prénom	Né(e) le	NIR (SS) (3)	Poste

- Tous types de contrat de travail y compris les saisonniers de moins de 45 jours
- Ce code se trouve dans votre DADS-U-rubrique S41.401.00.011.001 Code Catégorie Socioprofessionnelle de 3 chiffres suivi d'une lettre ([Liste des codes PCS-ESE 2017.pdf](#))
- Numéro d'Inscription au Répertoire (n° Sécurité Sociale)
- Cochez la colonne risque particulier (RSQE) si votre salarié n'est exposé à aucun des risques précédemment cités **mais que** vous considérez que son poste expose à d'autres risques susceptibles de générer un risque pour sa santé, sa sécurité ou celles de ses collègues ou celle des tiers qui évoluent son environnement immédiat de travail
- ATTENTION : au moins une case de chaque salarié inscrit doit être cochée pour être validée.**

I	II	III
AMIA : Salarié exposé à l'Amiante	18TR : Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés	RSQE :Risques particuliers motivés par l'employeur
CMR : Salarié exposé aux CMR	COND : Autorisation de conduite de certains équipements	
PB : Salarié exposé au Plomb	ELEC : Habilitation aux travaux sur installations électriques	
RXA : Salarié exposé aux Rayonnements ionisants (catégorie A)	MANU : Salarié exposé à la Manutention manuelle de charges >55 kg	
RXB : Salarié exposé aux Rayonnements ionisants (catégorie B)	NUIT : Travailleur de nuit	
HYPB : Salarié exposé au Risque hyperbare		
AB34 : Salarié exposé aux Agents biologiques pathogènes 3 et 4		
ECHA : Salarié exposé au montage / démontage d'échafaudage		



Une adhésion tardive à notre SPSTI ne peut garantir une visite dans les délais réglementaires.

Le **document unique** a-t-il été réalisé** (art. 3 de la loi n°2021-1018 du 2 août 2021)* : Oui Non
Si oui, date de mise à jour* : (à joindre)

Horaires de travail** :
Travail de nuit** : Oui Non
Travail posté** : Oui Non
Travail/formation en alternance** : Oui Non

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.

A* : le* :

Signature :
(Signature électronique : téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)