**ETAT NOMINATIF DE VOTRE PERSONNEL**

Madame, Monsieur,

Veuillez compléter l’état nominatif de votre personnel en vous aidant de la liste des codes CSP et des articles relatifs au suivi de vos salariés.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | **Suivi individuel de l’état de santé** | | | | | | | **Suivi individuel renforcé (SIR)** | | | | | | | | | | | |
| **Nom & Prénom**  **(par ordre alphabétique)**  **+ nom de jeune fille**  **pour les femmes mariées** | **Date**  **de**  **naissance** | **Emploi**  **(Poste précis occupé)** | **Nature du contrat** | **Date d’entrée** | **Code CSP** | **Cas général RAS \*** | **Travailleur – 18 ans** | **Invalidité** | **Travailleurs handicapés (RQTH)** | **Travailleurs de nuit** | **Agents pathogènes catégorie 2** | **Rayonnements champs électromagnétiques** | | **Amiante** | **Plomb et ses composés** | **Agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction mentionnés à l’article R.4412-60** | **Agents biologiques pathogènes (ABP) groupes 3 et 4** | **Rayonnements ionisants RIA cat. A** | **Travail en milieu hyperbare** | **Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage démontage des échafaudages** | **Autorisation de conduite dont CACES** | **Jeunes/Travaux dangereux** | **Habilitation électrique** | **Risque particulier identifié par l’employeur en accord avec le médecin du travail, le CHSCT ou DP** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*RAS = rien à signaler**

**Heures d’ouverture : de** ................. **à** ................. **et de** ................. **à** ................. **Jours de fermeture hebdomadaire :** ………………………………….. **Période de congés annuels :**  …………………………………..

Je soussigné Nom……………………………… Prénom……………………… Qualité……………………………., déclare adhérer au  SSTi03 et m’engage à respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur du dit Service ainsi que des prescriptions législatives et réglementaires applicables aux Établissements assujettis en matière de Santé au Travail.

A ………………………………………… Le, ……/……/…… Bulletin d’adhésion et État nominatif certifiés exacts ce jour, CACHET Signature de l’employeur,