



Service aux Entreprises  
pour la Santé au Travail

# Dossier d'adhésion SEST :







## Notice et aide au remplissage

**Ce document est une notice d'aide au remplissage du dossier d'adhésion. Il n'a pas vocation à servir de dossier d'adhésion. Le dossier d'adhésion est disponible en ligne :**



<http://www.sestidf.fr/comment-adherer-au-sest/>

## 1. COMPOSITION DU DOSSIER

Les éléments suivants sont à retourner, pour une bonne prise en compte de votre demande d'adhésion :

-  Fiche de renseignements « Demande d'adhésion » ;
-  Droits d'inscription et cotisation de l'année en cours ;
-  Règlement correspondant au total TTC du document « Droit d'inscription et cotisation » (chèque ou virement) ;
-  Déclaration des effectifs (2 pages) ;
-  Centre souhaité (facultatif) ;
-  Autorisation de transfert de dossier médical (facultatif et cas particulier).

A conserver :

-  Règlement intérieur ;
-  Statuts.




## 2. COMMENT REMPLIR LE DOSSIER ?

### 2.1 Fiche de renseignements

En cas d'adresse unique, seul le cadre « établissement adhérent » doit être rempli.

**A RENVoyer AU SESt**

 **Service aux Entreprises  
pour la Santé au Travail**

**DEMANDE D'ADHESION**  
(Fiche de renseignements)

<b>SIEGE SOCIAL</b>	<small>Cocher cette case si l'adresse ci-dessous est celle de facturation <input type="checkbox"/></small>
Raison Sociale : _____	
Adresse _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Télocopie : _____
N° de Siret : _____	
Personne à contacter : _____	
E-mail de la personne à contacter : _____	

<b>ADRESSE DE FACTURATION</b>	<small>(Si différente)</small>
Raison Sociale : _____	
Adresse _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Télocopie : _____
E-mail de la personne à contacter : _____	

<b>Etablissement Adhérent</b>	<small>Cocher cette case si l'adresse ci-dessous est celle des convocations <input type="checkbox"/></small>
Raison Sociale : _____	
Adresse _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Télocopie : _____
Activité : _____	
Effectif : _____	Code NAF (ancien code APE) : _____
N° de siret : _____	N° TVA Intracom. : _____
Nom du responsable : _____	
E-mail de la personne à contacter : _____	

<b>ADRESSE DE CONVOCATION</b>	<small>(Si différente)</small>
Raison Sociale : _____	
Adresse _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Télocopie : _____
Email de convocation : _____	

Je soussigné,  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Agissant en qualité de : \_\_\_\_\_

Déclare vouloir adhérer à SESt pour le suivi de mes salariés à la Médecine du Travail et m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'Association joints à ce dossier, dont j'atteste avoir pris connaissance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

L'entreprise (signature et cachet)

Siège social : Service aux Entreprises pour la Santé au Travail  
2, Avenue Pasteur, 92130 Issy-les-Moulineaux  
Tel : 01 46 45 93 98 – fax : 01 46 45 21 73  
SIRET : 785 376 096 00026 – APE : 8621Z



## 2.2 Droits d'inscription et cotisation

Au format Excel, l'insertion du nombre de salariés dans le cadre « droits d'inscription » permet de renseigner automatiquement le document.

Service aux Entreprises  
pour la Santé au Travail

DROIT D'INSCRIPTION  
ET  
COTISATION 2020

**DROIT D'INSCRIPTION**

Nombre de Salariés :	<input type="text"/>
Droit d'inscription HT par salarié	6,00 €
Droit d'inscription HT par salarié, à partir du 51ème salarié	5,00 €
Montant droit d'inscription Y	<input type="text"/>

**COTISATION ANNUELLE**

Multipliez le nombre salariés présents à ce jour (y compris les CDD et saisonniers) par le montant indiqué en fonction de la taille de l'établissement suivant la grille ci-dessous (une seule ligne doit être complétée) :

	Nombre de salariés			A
De 1 à 49 salariés	<input type="text" value="0"/>	X	111,00 €	<input type="text" value="- €"/>
De 50 à 299 salariés	<input type="text" value="0"/>	X	105,00 €	<input type="text" value="- €"/>
De 300 à 749 salariés	<input type="text" value="0"/>	X	96,00 €	<input type="text" value="- €"/>
A partir de 750 salariés	<input type="text" value="0"/>	X	89,00 €	<input type="text" value="- €"/>

Montant de la cotisation Z

Reporter le montant de la cotisation ht calculée en fonction du nombre de salariés (A)

Total HT Y+Z (Droit d'inscription + Cotisation)	#VALEUR!
TVA 20 %	#VALEUR!
Total TTC	#VALEUR!

Mode de règlement :

Virement (joindre l'avis de virement)  
**BIC SOGEFRPP - IBAN : FR 3000 3042 6000 0372 6786 726**

Chèque à l'ordre de SEST

Tout rendez-vous non honoré et non décommandé 72 H à l'avance sera facturé 45,00 € HT

Siège social : Service aux Entreprises pour la Santé au Travail  
2 avenue Pasteur, 92130 ISSY les Moulineaux  
Tél : 01 46 45 93 98 – fax : 01 46 45 21 73  
SIRET : 785 376 096 00026 – APE : 8821 Z

**DOCUMENT A RENDRE A SEST AVEC VOTRE REGLEMENT**





## 2.3 Centre souhaité

Le centre coché sera attribué en fonction des possibilités d'accueil.



Service aux Entreprises  
pour la Santé au Travail

### SEST, Votre partenaire « Santé au Travail »

Avec ses 9 centres fixes

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>92130 ISSY LES MOULINEAUX</b><br>2, avenue Pasteur (RER C Gare Issy)<br>Tél : 01 46 45 93 33 – Fax : 01 46 45 64 04    | <input type="checkbox"/> <b>75012 PARIS "DAUMESNIL"</b><br>50 avenue Daumesnil<br>Tél : 01 44 67 84 31 - Fax : 01 44 67 84 33            |
| <input type="checkbox"/> <b>92100 BOULOGNE</b><br>88ter, avenue du Général Leclerc (Pont de Sèvres)<br>Tél : 01 46 03 63 54 – Fax : 01 46 03 00 74 | <input type="checkbox"/> <b>75012 PARIS "NETTER"</b><br>72-74 avenue du Dr Arnold Netter<br>Tél : 01 43 07 73 73 – Fax : 01 43 07 76 00  |
| <input type="checkbox"/> <b>92320 CHATILLON</b><br>44/48 rue Louveau<br>Tél : 01 46 45 14 53 – Fax : 01 57 21 37 62                                | <input type="checkbox"/> <b>92350 LE PLESSIS ROBINSON</b><br>8C, avenue Descartes - ZIPEC<br>Tél : 01 46 30 49 26 – Fax : 01 46 31 78 27 |
| <input type="checkbox"/> <b>91300 MASSY</b><br>2/12 Chemin des femmes<br>Tél : 01 46 45 99 66 – Fax : 01 46 74 99 85                               | <input type="checkbox"/> <b>94100 ST MAUR DES FOSSES</b><br>7-9 avenue du Mesnil<br>Tél : 01 45 94 52 70                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>92120 ANTONY</b><br>2 rue de la Renaissance - Bâtiment A - 4ème étage<br>Tél : 01 46 74 93 93 – Fax : 01 46 74 09 42   |  |


**Merci de bien vouloir cocher le centre qui a votre préférence, nous en tiendrons compte dans la mesure du possible.**  
5500 Entreprises représentant 104 000 salariés font confiance à SEST

### 3. AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER MEDICAL

Cette procédure est facultative. En cas de changement de médecin du travail, ce document peut être rempli et transmis au précédent médecin du travail en charge du salarié en préconisant les coordonnées du nouveau.

Le salarié doit impérativement donner son accord et signer le document.

SEST-FOR-MED-Archivage des dossiers DMST / DE -001 Version 1 Mise en activité 13/07/2018

 <p>Service aux Entreprises pour la Santé au Travail</p>	<b>Formulaire d'autorisation de transfert d'un dossier médical</b>
---	--

**AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER MEDICAL**

**Je soussigné (e)**

**NOM**

**Prénom**

**Date de Naissance**

**AUTORISE le Docteur :**  
**ADRESSE :**

**A COMMUNIQUER MON DOSSIER MEDICAL au**

**Docteur :**  
**ADRESSE :**

**ANCIEN EMPLOYEUR**

**NOM DE L'ENTREPRISE :**

**ADRESSE :**

**NOUVEL EMPLOYEUR**

**NOM DE L'ENTREPRISE :**




**ADRESSE :**

**FAIT à** **Le** **SIGNATURE**

V1 Siège social : Service aux Entreprises pour la Santé au Travail  
2 avenue Pasteur, 92130 ISSY LES MOULINEAUX  
Tél: 01 46 45 93 98 – fax: 01 46 45 21 73  
SIRET: 785378096 00026 – APE: 851C

Formulaire - Autorisation de transfert d'un Dossier Medical 1 / 1


#### 4. TRAITEMENT DU DOSSIER D'ADHESION

-  L'envoi d'une confirmation d'adhésion et de la facture acquittée confirme l'enregistrement du dossier d'adhésion ;
-  Le dossier est confié au service médical qui se charge de la planification des convocations ;
-  Envoi d'un identifiant et d'un mot de passe permettant l'accès à l'espace adhérent sécurisé sur le portail internet.

---

**Ce document est une notice d'aide au remplissage du dossier d'adhésion. Il n'a pas vocation à servir de dossier d'adhésion. Le dossier d'adhésion est disponible en ligne :**  
<http://www.sestidf.fr/comment-adherer-au-sest/>

*Nous restons à votre écoute pour toute question complémentaire :*

 Par téléphone : 01 46 45 93 98

 Par mail : [adhesion@sestidf.fr](mailto:adhesion@sestidf.fr)