



Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, vous trouverez ci-joint les documents nécessaires à votre adhésion auprès de nos services.

Conformément à la Loi du 2 août 2021 - Art L4622-6, le PRISSM applique une cotisation Per Capita, "proportionnelle au nombre de travailleurs suivis comptant chacun pour une unité".

La cotisation couvre l'ensemble de l'**offre socle de services**, à savoir :

- La prévention des risques professionnels  
(Consultez notre calendrier des sensibilisations sur notre site internet [www.prissm.fr](http://www.prissm.fr))
- Le suivi de l'état de santé des salariés
- La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi.

**Afin d'adhérer à notre service, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner :**

- Le **bulletin d'adhésion** dûment complété et signé
- La **liste nominative** de votre personnel  
*NB : il est important de bien noter le **code PCS** associé au poste de travail du salarié. Ce code apparaîtra sur l'attestation de suivi ou fiche d'aptitude/inaptitude de votre salarié*
- La **fiche d'entreprise** établie par le SPSTI du siège
- Le **règlement** (droit d'entrée + cotisation annuelle de vos salariés ou apprentis).

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Président

M. Franck Verchère

Cadre réservé au PRISM

Docteur : ..... N° Adhérent : .....

## Bulletin d'adhésion 2026 *(salariés isolés)*

Création ☐ Reprise d'activité ☐ si oui laquelle .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

CP ..... Ville ..... Tél : .....

Email \* : .....@.....

\*(Celui-ci est obligatoire et servira pour votre connexion à l'espace adhérent accessible depuis notre site [www.prissm.fr](http://www.prissm.fr))

Activité professionnelle : .....

Code NAF : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] N° SIRET : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] ☐ CSE/CSSCT

	Adresse de <b>facturation</b> (si différente)	Adresse <b>d'activité locale</b>
Adresse		
Code postal/Ville		
Téléphone		
Email		

### Calcul de votre cotisation annuelle

Droit d'adhésion au PRISM : .....	+	38€ HT
Nombre de salariés ..... X 75€ HT .....	+	
Nombre d'apprentis ..... X 52€ HT .....	+	
Sous-Total HT	=	
TVA 20%	+	
TOTAL TTC		



**Le règlement doit impérativement être accompagné de ce bulletin d'adhésion et de la liste du personnel.**

Je soussigné(e).....agissant en qualité de .....  
déclare adhérer au PRISM et m'engage :

- **A respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur du PRISM**, cf. [www.prissm.fr](http://www.prissm.fr)
- A verser régulièrement et ponctuellement les cotisations, décidées par le Conseil d'Administration représentant les adhérents,
- A communiquer par écrit au PRISM toute modification : raison sociale, coordonnées, variation de l'effectif, cessation d'activité...

Fait à ..... Le .....

Cachet et signature :

**Dès réception, une facture justificative ainsi que votre certificat d'inscription vous seront adressés.**

Documents à retourner au :

**PRISM**

**Zone Europa**

**2, rue Maria Gaëtana Agnesi**

**64000 PAU**

**OU à [administratif@prissm.fr](mailto:administratif@prissm.fr)**

Tél : 05.59.27.40.15

TVA CEE FR 29 782 353 635

## Liste nominative du personnel et classification des expositions

Cadre réservé au PRISSM

Docteur :

.....

N° Adhérent :

.....

**RAISON SOCIALE :** .....

**Personne à contacter pour l'organisation des convocations :**

Tél : .....

Mail de gestion des convocations : .....@.....

**Contraintes de convocations :**

.....

Pas de risque déclaré	Agents biologiques groupe 2	Exposition au Champs magnétiques	Habilitation électrique*	Autorisation de conduite**	Travailleur handicapé (RQTH)	Moins de 18 ans	Invalidité	Travailleur de nuit	Amiante	Plomb	Agents cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques Cat 1A et 1B	Agents biologiques Groupe 3 et 4	Rayonnements ionisants	Risque hyperbare	Risque de chute (Montage d'échafaudages)	Manutention >55kg/homme - >25kg/femme	Moins de 18 ans (travaux réglementés)
<b>CASES A COCHER OBLIGATOIREMENT</b>																	
<b>SI (2)</b>					<b>SIA (2)</b>				<b>SIR (2)</b>								
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM	Nom de jeune fille	Prénom	Date de Naissance	Poste de Travail	Code CSP (1)	Nature du Contrat	Date d'embauche	Date de Fin de Contrat
1								
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b> ..... <b>Adresse postale du salarié :</b> .....								
2								
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b> ..... <b>Adresse postale du salarié :</b> .....								
3								
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b> ..... <b>Adresse postale du salarié :</b> .....								
4								
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b> ..... <b>Adresse postale du salarié :</b> .....								

\* Réalisation de travaux sous tension ou d'opérations au voisinage de pièces nues sous tension

\*\* Nacelle, engins de chantier, grues, chariots, ponts roulants

(1) Préciser obligatoirement le code CSP (catégories socioprofessionnelles) de vos salariés que vous trouverez sur la nomenclature PCS-ESE-2017 sur notre site internet [www.prissm.fr](http://www.prissm.fr) ou votre DSN.

(2) **SI** : Suivi Individuel Simple / **SIA** : Suivi Individuel Adapté / **SIR** : Suivi Individuel Renforcé

## SUIVI DES SALARIES

### Suivi Individuel Simple (SI) :

Votre salarié n'est exposé à aucun risque en particulier.

*Il bénéficie alors d'une **visite d'information et de prévention**, elle doit être réalisée par un professionnel de santé (médecin du travail, collaborateur médecin, interne ou infirmier). Elle est renouvelée tous les 5 ans.*

Poste nécessitant une attestation de non contre-indications médicales à la conduite de certaines opérations (R. 4323-56 et R. 4544-10) :

- Intervention sur ou à proximité des installations électriques (avec habilitation électrique) :
- Conduite d'équipement de travail (engins, chariot, etc.)

### Suivi Individuel Adapté (SIA) :

Votre salarié est :

- ✓ Travailleur handicapé
- ✓ Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
- ✓ Travailleur de nuit
- ✓ Mineur

*Tout travailleur dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé (notamment les travailleurs handicapés, titulaires d'une pension d'invalidité ou de nuit) bénéficie, à l'issue de la visite d'information et de prévention initiale, de modalités de suivi adaptées, déterminées dans le cadre de protocoles, selon une périodicité qui ne peut excéder une durée de 3 ans.*

*Par ailleurs, tout travailleur de nuit et tout travailleur âgé de moins de 18 ans bénéficie d'une visite d'information et de prévention initiale préalablement à son affectation sur le poste. D'autres adaptations du suivi individuel sont envisagées par le décret concernant, notamment, les femmes enceintes.*

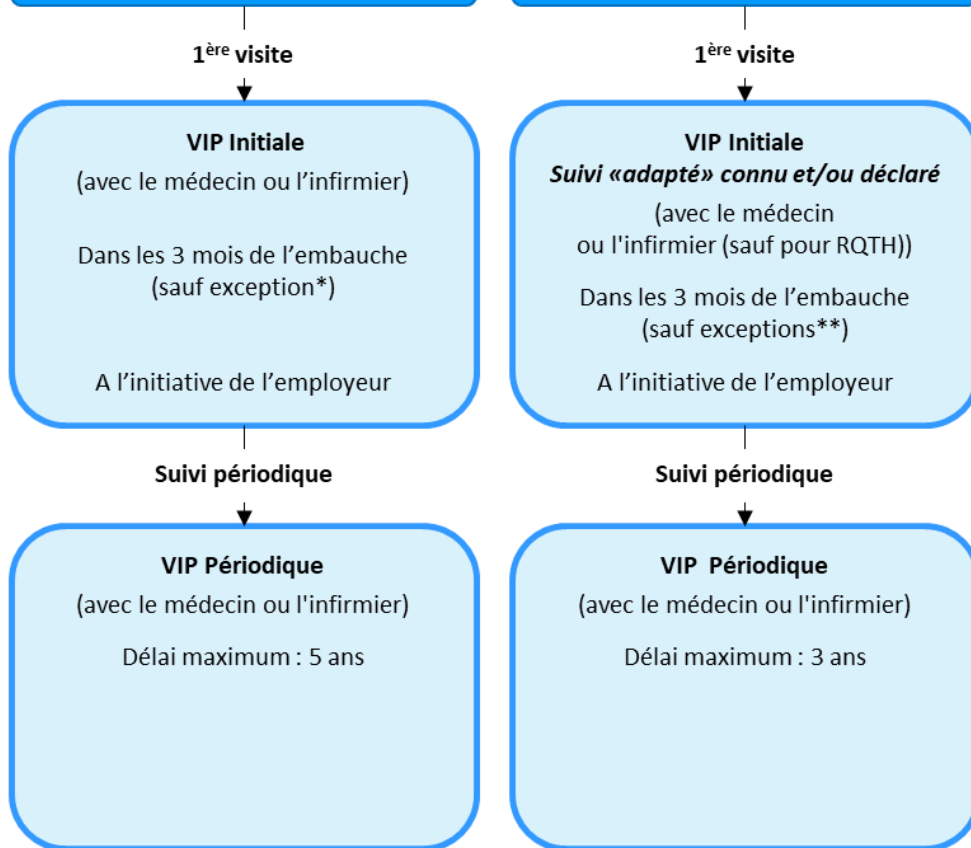
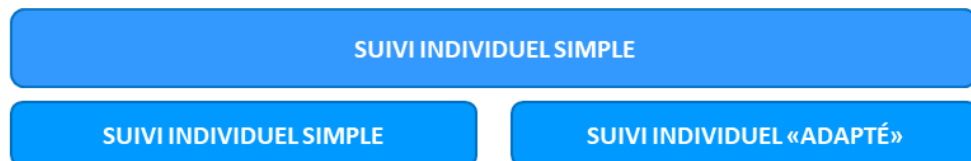
### Suivi Individuel Renforcé (SIR) :

Votre salarié est exposé à :

- ✓ L'amiante
- ✓ Plomb
- ✓ Agents cancérogènes, mutagènes, reprotoxique Catégorie 1A et 1B
- ✓ Agents biologiques Groupe 3 et 4
- ✓ Rayonnements ionisants
- ✓ Risque hyperbare
- ✓ Montage et démontage d'échafaudages
- ✓ Manutention manuelle pour les hommes > 55kg
- ✓ Manutention manuelle pour les femmes > 25kg
- ✓ Mineur exposé à des travaux réglementés.

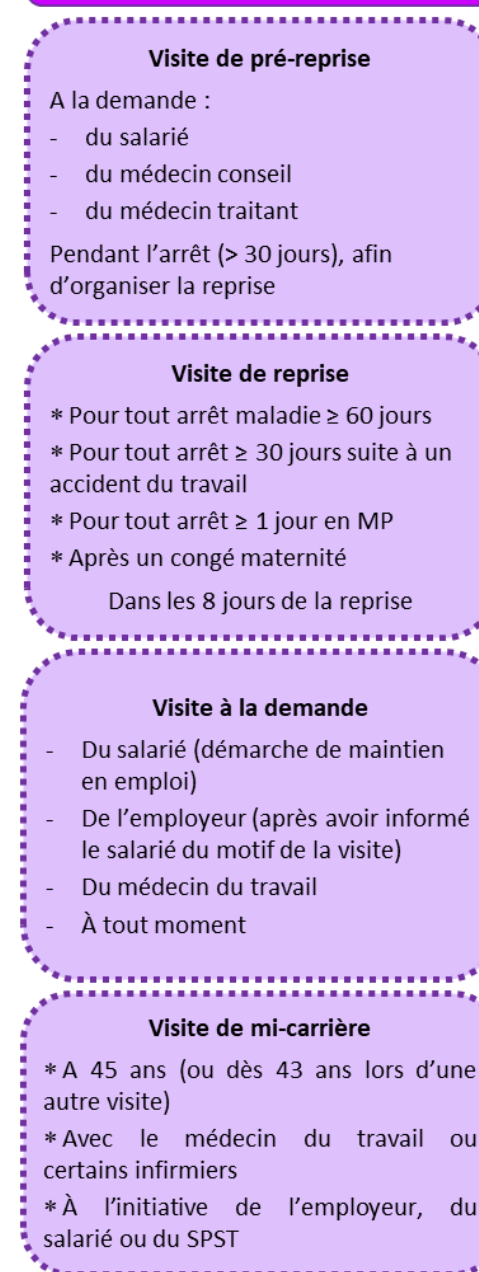
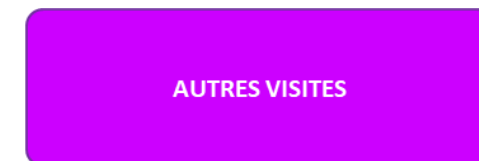
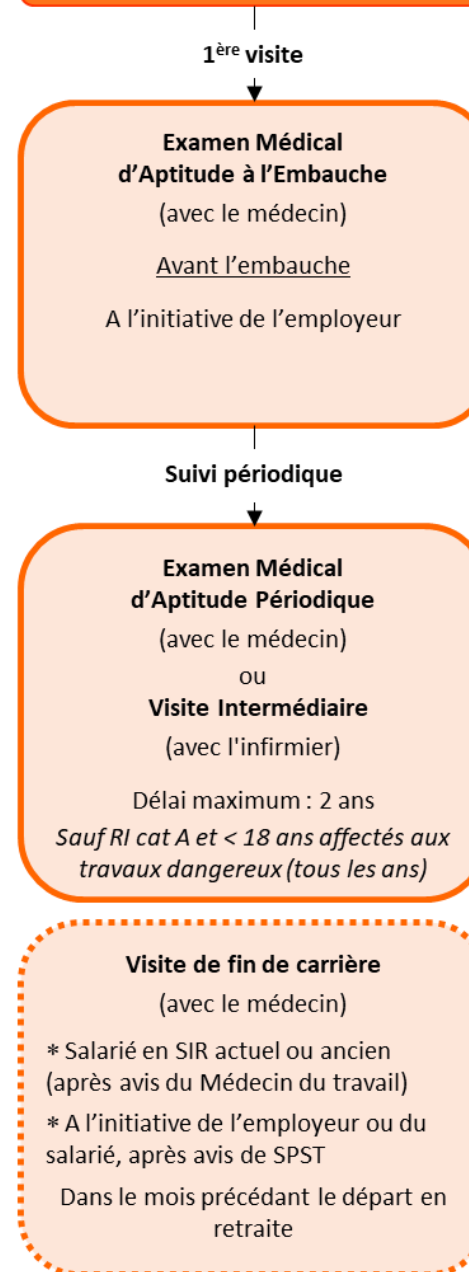
*Tout travailleur qui relève d'un suivi individuel renforcé bénéficie, à l'issue de l'examen médical d'aptitude à l'embauche, d'un renouvellement de cette visite, effectuée par le médecin du travail selon une périodicité qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à 4 ans.*

*A noter qu'une visite intermédiaire doit être effectuée par un professionnel de santé (médecin du travail, Collaborateur, médecin, interne ou infirmier), au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail.*



\*Exception :  
A voir dans les 2 mois suivant l'embauche :  
apprentis

\*\*Exceptions :  
A voir avant l'embauche : mineurs,  
travailleurs de nuit, salariés exposés aux  
agents biologiques cat. 2 ou aux champs  
électromagnétiques.



**MP** = Maladie Professionnelle  
**RI** = Rayonnement Ionisant  
**RQTH** = Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé  
**SPST** = Service de Prévention et de Santé au Travail  
**SIR** = Suivi Individuel Renforcé  
**VIP** = Visite d'Information et de Prévention