

<b>EXTRAIT du PROCES-VERBAL des DELIBERATIONS DU CONSEIL DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES</b>			
Althen-des-Paluds – Bédarrides - Monteux - Pernes-les-Fontaines - Sorgues			
Nombre de délégués en exercice	47	Absents représentés :	6
Présents	40	Absents non représentés :	1
<b>VOTANTS</b>			<b>46</b>

Le Conseil de la Communauté de Communes « Les Sorgues du Comtat » s'est réuni en séance publique au siège des Sorgues du Comtat à Monteux, le 07 février 2017, après convocation légale reçue le 1<sup>er</sup> février 2017, sous la présidence de M. Christian GROS, Président de la Communauté de Communes « Les Sorgues du Comtat ».

**Etaient présents :**

M. Rémy ARNAUD, M. Jean BERARD, M. Henri BERNAL, Mme Jacqueline BOUYAC, Mme Sandrine BRAUD, M. Alain BRES, M. Didier CARLE, Mme Martine CASADEI, Mme Patricia COURTIER, M. Jean-Claude DANY, M. Dominique DESFOUR, Mme Evelyne ESPENON, Mme Maryline EYDOUX, M. Pierre GABERT, M. Stéphane GARCIA, Mme Annie GARNERO, M. Jacques GRAU, M. Christian GROS, M. Mario HARELLE, M. Robert IGOULEN, Mme Françoise LAFAURE, M. Thierry LAGNEAU, M. Bernard LEMEUR, Mme Annie MILLET, Mme Laurence MONTERDE, Mme Véronique MURZILLI, M. Michel MUS, Mme Nicole NEYRON, M. Claude PARENTI, Mme Mireille PEREZ, M. Michel PERRAND, M. Christian RIOU, Mme Emmanuelle ROCA, M. Serge SOLER, M. Michel TERRISSE, Mme Fabienne THOMAS, M. Christian TORT, Mme Maryse TORT, Mme Sylviane VERGIER, Mme Isabelle VINSTOCK.

**Etaient Absents représentés :**

Mme Karine CANDALE, (pouvoir donné à Mme Laurence MONTERDE), Mme Sylviane FERRARO, (pouvoir donné à Mme Emmanuelle ROCA), M. Gérard GERENT, (pouvoir donné à M. Rémy ARNAUD), M. Yannick LIBOUREL, (pouvoir donné à M. Jean-Claude DANY), Mme Nadia MARTINEZ, (pouvoir donné à M. Henri BERNAL), M. Alain MILON, (pouvoir donné à M. Jacques GRAU).

**Était Absent non représenté :** M. Pascal BONNIN.

Il a été procédé conformément au Code Général des Collectivités Territoriales, à l'élection d'un secrétaire pris dans le sein du Conseil de la Communauté de Communes : Mme Sandrine BRAUD ayant obtenue la majorité des suffrages, a été désignée pour remplir ces fonctions qu'elle a acceptées.

**Adhésion à l'AIST 84**

Madame Maryline EYDOUX, Vice-présidente, porte à la connaissance de l'Assemblée que les conditions d'hygiène de travail, les risques de contagion de l'état de santé des agents de la Communauté de Communes, doivent être surveillés en recourant aux prestations d'un service de médecine inter-entreprise, en vue de faire subir aux personnels concernés, un examen médical annuel.

Madame Maryline EYDOUX, Vice-présidente propose à l'assemblée d'adhérer à l'AIST 84, auquel la Communauté de Communes doit être rattachée obligatoirement suite au transfert de personnel au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et plus précisément pour les agents dont le lieu de travail se situe sur les communes de Sorgues et Bédarrides.

**Le Conseil Communautaire,**

Acte Exécutoire  
Loi N° 82.213 du 2 Mars 1982  
Loi N° 82.623 du 22 juillet 1982  
Envoyé le : 26.02.2017  
Affiché le :

DEPARTEMENT DE VAUCLUSE  
COMMUNAUTE DE COMMUNES  
LES SORGUES DU COMTAT

Madame Maryline EYDOUX, Vice-présidente, entendue,

Et après en avoir délibéré à l'unanimité des membres présents et représentés

**DECIDE** d'adhérer à l'AIST 84

**AUTORISE** le Président à mandater la dépense à laquelle sera imputée à l'article 6475 du Budget de la Communauté de Communes

**PRECISE** que la dépense étant susceptible de varier d'un exercice à l'autre, Monsieur le Président est autorisé de faire application de ces variations, que ce soit dans le coût de la prestation ou dans l'effectif du personnel.



Le Président,

Ainsi fait et délibéré les jour, mois et an susdits.  
Et ont signé au registre les membres présents.  
Pour copie conforme.

**Christian GROS**

**Président de la Communauté de communes  
Les Sorgues du Comtat**



Acte Exécutoire  
Loi N° 82.213 du 2 Mars 1982  
Loi N° 82.623 du 22 juillet 1982  
Envoyé le : 16.02.2017  
Affiché le :



## CONTRAT D'ADHESION

Un dossier complet rempli avec la plus grande attention vous assure un meilleur service

Nom de l'entreprise : .....

Je soussigné (e) : .....

*(Nom et qualité du signataire)*

Déclare adhérer à l'AIST84 et accepte ses statuts, son règlement intérieur et ses modalités d'application (ci-joints et consultables sur [www.aist84.fr](http://www.aist84.fr)) afin de bénéficier des prestations individualisées et collectives en santé au travail.

Je m'engage, en signant le présent contrat, à respecter les obligations qui en résultent (cf sous- titre 2.2 du règlement intérieur) et à transmettre tous documents demandés par le Service de Santé au Travail.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

Cachet de l'entreprise :



**Adresse RETOUR DOSSIER**  
**AIST 84 - Service Adhérents**  
CS 60033 LE PONTET  
84276 VEDENE CEDEX  
Contact : [cotisation@aist84.fr](mailto:cotisation@aist84.fr)



La Santé au Travail, c'est notre métier. Agissons ensemble



Cadre réservé à l'AIST 84

N° ADHERENT :

Date de réception :

# RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

\* champs obligatoires à compléter en LETTRES MAJUSCULES

## SIEGE SOCIAL

(adresse de Facturation)

N° SIRET \* : (14 chiffres) \_\_\_\_\_ Code NAF \* : (4 chiffres + 1 lettre) \_\_\_\_\_

Forme juridique \* :  SARL  SAS  EURL  SA  AUTRE : .....

Raison Sociale \* : .....

Adresse complète \* : .....

Téléphone \* : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail \* : .....@.....

Activité principale : .....

Etes-vous déjà adhérent à notre Service de Santé au Travail :  OUI  NON

Si oui, numéro adhérent : \_\_\_\_\_

En cas de reprise d'activité, numéro adhérent de l'entreprise : \_\_\_\_\_

## INTERLOCUTEURS

▶ Nom du Responsable de l'entreprise : .....

Téléphone \* : \_\_\_\_\_ E-mail \* : .....@.....

▶ Nom du correspondant Santé au travail : .....

Téléphone \* : \_\_\_\_\_ E-mail \* : .....@.....

▶ Nom du Responsable des ressources humaines : .....

Téléphone \* : \_\_\_\_\_ E-mail \* : .....@.....

**Siège social AIST 84**  
Centre d'Affaires LE LASER  
Zone de Fontvert - Allée de Vire-Abeille  
CS 60033 Le PONTET - 84276 VEDENE Cedex  
Tél. 04 32 40 52 60 - Fax 04 90 32 90 26

contact@aist84.fr - www.aist84.fr



**84** : Avignon (Fontcouverte, Agroparc, Courtine, Centre-ville)  
Bollène - Orange - Sorgues - Valréas  
**13** : Châteaurenard - St-Rémy de Provence  
**30** : Les Angles



La Santé au Travail, c'est notre métier. Agissons ensemble



## BORDEREAU DE REGLEMENT

Pour le traitement de votre dossier, merci de joindre votre règlement

Par chèque à l'ordre de « AIST 84 »

▶ Nombre de salariés : .....0..... x 74.00 € HT = .....0..... €

▶ Droits d'adhésion par salarié : .....0..... x 16.00 € HT = .....0..... €

**TOTAL HT** .....0,00..... €

TVA 20,00 % .....0,00..... €

**TOTAL TTC** .....0,00..... €

**Soit 108.00 € TTC par salarié**

A ....., le .....

Nom et signature du Responsable,

Cachet de l'Etablissement

**Pour le traitement de votre dossier, merci de joindre votre règlement :**

- par **chèque** à l'ordre de l' **AIST 84**  
**ou**

- par **virement**  
libellé obligatoire **ADHESION** et raison sociale

**Code BIC : CCBPFRPPCHX**

**IBAN : FR76 1017 8000 2000 2014 6000 454**

### Siège social AIST 84

Centre d'Affaires LE LASER  
Zone de Fontvert - Allée de Vire-Abeille  
CS 60033 Le PONTET - 84276 VEDENE Cedex  
Tél. 04 32 40 52 60 - Fax 04 90 32 90 26

contact@aist84.fr - [www.aist84.fr](http://www.aist84.fr)



[www.presanse.org](http://www.presanse.org)

**84** : Avignon (Fontcouverte, Agroparc, Courtine, Centre-ville)

Bollène - Orange - Sorgues - Valréas

**13** : Châteaurenard - St-Rémy de Provence

**30** : Les Angles



# INFORMATIONS SANTE AU TRAVAIL

\* champs obligatoires à compléter en LETTRES MAJUSCULES

## CONVOCATIONS

(une pénalité sera due pour toute convocation non honorée)



Les convocations aux visites médicales périodiques sont à l'initiative de l'AIST 84.  
Si vous avez des contraintes, merci de les préciser ci-dessous :

Les visites médicales non périodiques (embauches, reprises etc...) sont à votre initiative, merci de contacter votre gestionnaire de planning.

**Les convocations vous seront adressées prioritairement par mail ou par fax, vérifiez bien les coordonnées indiquées et précisez-nous si vous souhaitez qu'elles soient adressées**

au Siège Social    ou     sur le lieu de travail des salariés

## LIEU DE TRAVAIL DES SALARIES

(si différente de l'adresse du siège social)

Adresse complète \* : .....

Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

## SALARIES SUR SITE ELOIGNES

(salariés affectés sur un lieu de travail très éloigné de l'établissement employeur)

Adresse de domicile ou de lieu de travail \* : .....

Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

Nom du Service de Santé au Travail du siège social \* : .....

Nom du Médecin du Travail référent \* : .....

Téléphone \* : ..... E-mail \* : .....@.....

## PREVENTION

Existe-t-il au sein de votre entreprise ?

Un Comité d'entreprise:     OUI     NON

Document unique d'évaluation des risques:     OUI

Branche professionnelle : .....

Convention collective : .....

Rythme de travail spécifique

Travail de nuit :     OUI     NON

Des délégués du personnel:     OUI     NON

Un CHSCT:     OUI     NON

Date de mise à jour : .....  NON

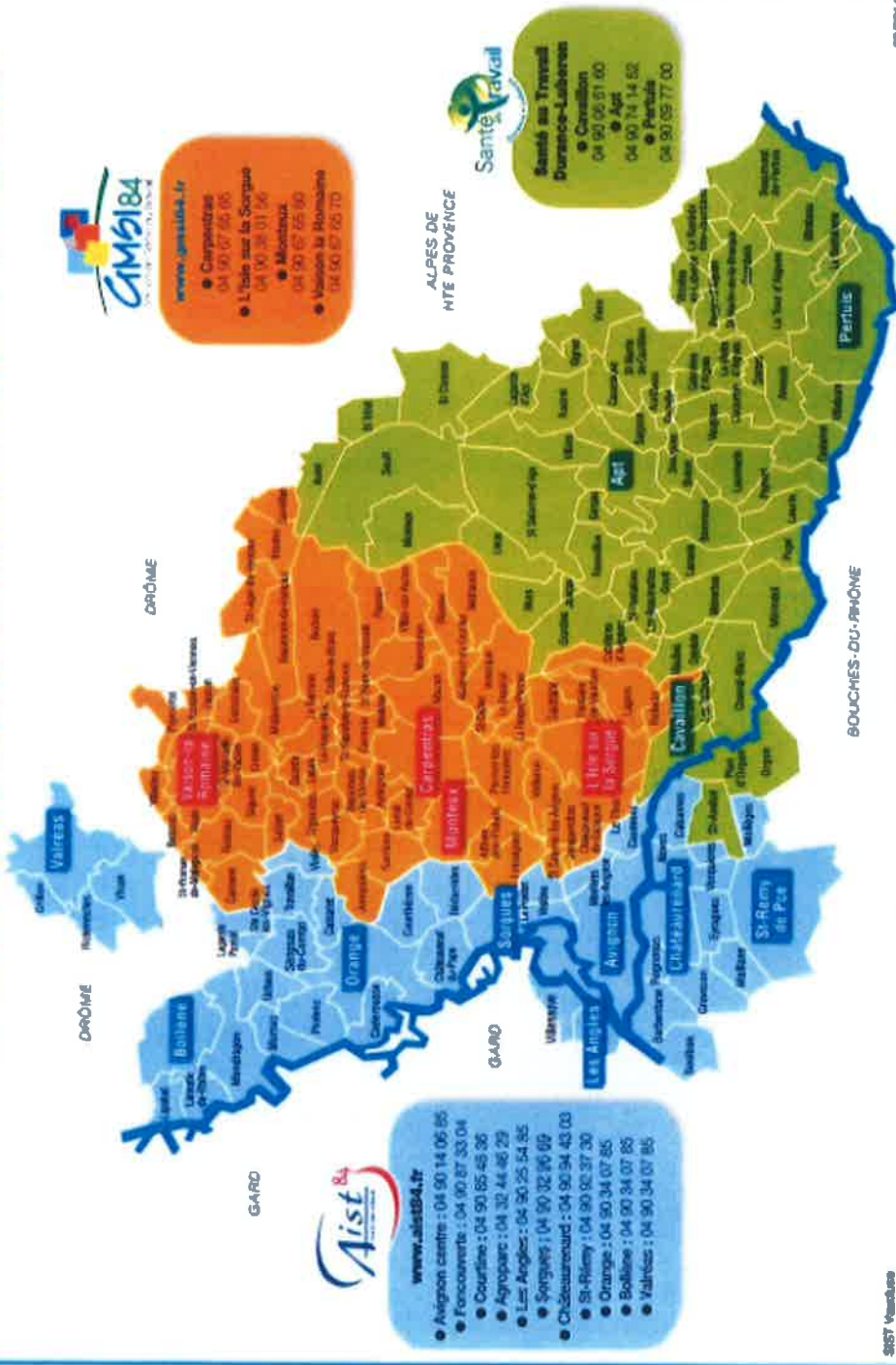
Travail posté :     OUI     NON

organisation de travail où des équipes se relaient au même poste les unes après les autres (ex : 3x8 h)





# Les Services interentreprises de Santé au Travail en Vaucluse



SA  
NTÉ  
TR  
AV  
AIL