

Permis de travail	Avec / Sans Permis de Feu Avec / Sans arrêt d'installations de protection	N°
-------------------	--	----

A. Données administratives

Travail à effectuer par	de la Société	
Permis de travail valable du	heure	au
Lieu d'exécution	Zone	

Description détaillée du travail à effectuer

Exécutants

Nom:	Date:	Signature:

Contrôles

Nom:	Date:	Signature:

En cas d'urgence

Téléphoner au :
Evacuer au point de rassemblement situé:

B. Mesures de prévention particulières

Permis de feu

<input type="checkbox"/> Permis de feu à délivrer chaque jour
<input type="checkbox"/> Contrôler l'absence de risque d'explosion
<input type="checkbox"/> Effectuer un test de gaz toutes les heures par:
<input type="checkbox"/> Travail à effectuer en présence d'un seconde personne (superviseur)
<input type="checkbox"/> Travaux à flamme nue ou sur une machine sous tension permis par

Mise Hors service d'une installation de protection

<input type="checkbox"/> Sprinkler	<input type="checkbox"/> Réseau d'eau	<input type="checkbox"/> Extinction Gaz (Inergen, FM200, Sinorix, ...)
<input type="checkbox"/> Pompe incendie	<input type="checkbox"/> Réseau d'eau public	<input type="checkbox"/> Extinction CO ₂
<input type="checkbox"/> Réseau enterré	<input type="checkbox"/> Centrale d'alarme	<input type="checkbox"/> Autre:

Date et heure de mise hors service: Date et heure de remise en service:
Zone(s) concernée(s) - Préciser l'emplacement et les installations impliquées (postes de contrôle, ...):

Cause(s) et types de mise hors service:

C. Mesures de prévention générales

<p>Généralités</p> <input type="checkbox"/> S'annoncer chez avant les travaux <input type="checkbox"/> Instructions a recevoir de <input type="checkbox"/> Service ou personne à avertir à la fin des travaux <p>Moyens de premiers secours</p> <input type="checkbox"/> Sable <input type="checkbox"/> Extincteurs ABC <input type="checkbox"/> Extincteur eau avec additif / mousse <input type="checkbox"/> Extincteur D <input type="checkbox"/> Extincteur CO ₂ <input type="checkbox"/> Dévidoir <input type="checkbox"/> Hydrant armé <p>Protection des personnes</p> <input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> Ecran pour le visage <input type="checkbox"/> Masque à poussières <input type="checkbox"/> Masque à air comprimé <input type="checkbox"/> Masque à Gas <input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité <input type="checkbox"/> Ligne de sauvetage <input type="checkbox"/> Casque <input type="checkbox"/> Mise à la terre	<p>Prévention sur le lieu de travail</p> <input type="checkbox"/> Délimitation du lieu de travail <input type="checkbox"/> Pose d'un écan contre les projections de soudure <input type="checkbox"/> Placement de panneaux d'avertissement <input type="checkbox"/> Eclairage anti explosion <input type="checkbox"/> Protection de l'interrupteur <input type="checkbox"/> Enlèvement de la sécurité <input type="checkbox"/> Nettoyer les alentours du lieu de travail <input type="checkbox"/> Effectuer un test de présence de gaz par <input type="checkbox"/> Effectuer régulièrement des tests gaz par <input type="checkbox"/> Obturer les ouvertures de <input type="checkbox"/> Obturer les passages au travers des murs <input type="checkbox"/> Prévoir des rondes de sécurité et d'incendie <input type="checkbox"/> Mise à la terre de <input type="checkbox"/> Emporter les chiffons humides <input type="checkbox"/> Repérage des canalisations dans les plafonds <input type="checkbox"/> Repérage des canalisations dans les faux plafonds <input type="checkbox"/> Repérage des canalisations dans les sols <input type="checkbox"/> Repérage des canalisations dans les faux planchers <input type="checkbox"/> Repérage des canalisations dans les Murs <input type="checkbox"/> Respecter les instructions pour travail en lieu confiné <p>Mesures particulières</p> <input type="checkbox"/> Arrêt des permis de feu dans d'autres zones <input type="checkbox"/> Arrêt des opérations dangereuses	<p>Equipements et conduites</p> <input type="checkbox"/> Eliminer l'air <input type="checkbox"/> Eliminer le vide <input type="checkbox"/> Mettre sous vide <input type="checkbox"/> Remplir d'air <input type="checkbox"/> Remplir d'eau <input type="checkbox"/> Mettre sous Azote <input type="checkbox"/> Dégraisser <input type="checkbox"/> Prévoir ventilateur d'extraction <input type="checkbox"/> Rincer les conduites avec <input type="checkbox"/> Rechercher les fuites avec <input type="checkbox"/> Démonteur sous <input type="checkbox"/> Ne par brûler les conduites <input type="checkbox"/> Utiliser du matériel EEX'e' <p>Information</p> <input type="checkbox"/> Information à la Direction <input type="checkbox"/> Information au Travailleur désigné <input type="checkbox"/> Information au Facility Manager <input type="checkbox"/> Information à la salle de contrôle <input type="checkbox"/> Information aux sapeurs pompiers <input type="checkbox"/> Information à la police
---	--	--

D. Fin de travaux

<input type="checkbox"/> Tout le matériel nécessaire au travail a été enlevé	<input type="checkbox"/> Ronde de contrôle après la fin de travaux	<input type="checkbox"/> Après 1 Heure	<input type="checkbox"/> Après 2 Heures
<input type="checkbox"/> Tous les déchets évacués	<input type="checkbox"/> Informer au N° de tél:	<input type="checkbox"/> de la fin des travaux	
<input type="checkbox"/> Zone remise en état	<input type="checkbox"/> Travaux effectués en accord avec le cahier des charges?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Installations de protection remise en état de fonctionnement			

Permis de travail	Avec Permis de Feu Sans Permis de Feu	N°
--------------------------	--	----

A. Mesures de prévention préconisées

GENERALITES

- S'annoncer chez avant le début des travaux
- Instructions a recevoir de
- Service ou personne a avertir à la fin des travaux
-
-

MOYENS DE PREMIERS SECOURS NECESSAIRES

- Sable
- Extincteurs ABC
- Extincteur eau avec additif / mousse
- Extincteur D
- Extincteur CO2
- Dévidoir
- Hydrant armé

PREVENTION SUR LE LIEU DU TRAVAIL

- Délimitation du lieu de travail
- Pose d'un écan contre les projections de soudure
- Placement de panneaux d'avertissement
- Eclairage anti explosion
- Protection de l'interrupteur
- Enlèvement de la sécurité
- Nettoyer les alentours du lieu de travail
- Effectuer un test de présence de gaz par
- Effectuer régulièrement des tests gaz par
- Obturer les bouches d'égoût
- Obturer les ouvertures de
- Obturer les passages au travers des murs
- Prévoir des rondes de sécurité et d'incendie
- Soutenir
- Mise à la terre de
- Emporter les chiffons humides
- Repérage des canalisations dans les plafonds
- Repérage des canalisations dans les faux plafonds
- Repérage des canalisations dans les murs
- Repérage des canalisations dans les sols
- Respecter les instructions pour travail en lieu confiné
-
-

EQUIPEMENTS ET CONDUITES

- Eliminer l'air
- Eliminer le vide
- Mettre sous vide
- Remplir d'air
- Remplir d'eau
- Mettre sous Azote
- Dégraisser
- Prévoir ventilateur d'extraction
- Rincer les conduites avec
- Rechercher les fuites avec
- Démontez sous
- Ne pas brûler les conduites
- Utiliser du matériel EEX'e'

PROTECTION DES PERSONNES

- Lunettes de sécurité
- Ecran pour le visage
- Masque à poussières
- Masque à air comprimé
- Masque à Gas
- Ceinture de sécurité
- Ligne de sauvetage
- Casque
- Mise à la terre

B. Organisation et contrôle

Description du travail		Contrôle		
		Nom	Date	Signature
		Rédacteur		
		Suivi		
		Exécutants		
Validité		Nom	Date	Signature
Date	Durée			
		Lieu	En cas de danger former le	

Permis de travail		N°:	
Description détaillée du travail à effectuer			
Travail à effectuer par		de la Société	
Permis de travail valable du		heure	au
Lieu d'exécution		Zone	
Permis de feu			
<input type="checkbox"/> Permis de feu à délivrer chaque jour <input type="checkbox"/> Contrôle d'absence de risque d'explosion <input type="checkbox"/> Effectuer un test de gaz toutes les _____ par <input type="checkbox"/> Travail à effectuer en présence d'un seconde personne <input type="checkbox"/> Travaux à flamme nue ou sur une machine sous tension permis par			
Zone à délimiter:		Vêtements de travail	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ruban <input type="checkbox"/> Ecran anti projections de soudure <input type="checkbox"/> Panneau d'avertissement <input type="checkbox"/> Fermer la porte		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tenue de travail <input type="checkbox"/> Souliers de sécurité <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité <input type="checkbox"/> Protection du visage <input type="checkbox"/> Masque anti-poussière <input type="checkbox"/> Masque à gaz <input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité <input type="checkbox"/> Casque	
Equipements de sécurité		Moyens de premiers secours	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utiliser des équipements EX <input type="checkbox"/> Eclairage basse tention <input type="checkbox"/> Eclairage anti-explosion		<input type="checkbox"/> Sable <input type="checkbox"/> Extincteur à poudre ABC <input type="checkbox"/> Extincteur eau avec additif / mousse <input type="checkbox"/> Extincteur CO2 <input type="checkbox"/> Dévidoir ou RIA	
Appareil à protéger			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Protéger l'interrupteur <input type="checkbox"/> Enlever les fusibles			
Mesures spéciales			
En cas de danger sonnez le			
Permis de travail accordé par (Responsable sécurité ou son mandataire)			Date+ Signature
Est informé du travail (Responsable production de la zone concernée)			Date+ Signature
Prise de connaissance du permis et exécution (opérateur)			Date+ Signature
A la fin du permis de travail	le travail était-il fini?	OUI	NON
	le travail était-il exécuté comme prévu?	OUI	NON
	les protections étaient-elles en fonctionnement?	OUI	NON
	le chantier était-il nettoyé?	OUI	NON
	les déchets étaient-ils évacués?	OUI	NON