



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ORGANISME

CEFRI/FPI-C-0607

Mode d'emploi : Audit initial/de suivi/de renouvellement

- Pour établir la facture proforma de votre prochain audit, veuillez remplir les informations inscrites **en texte gras*** dans ce document. Vous pourrez alors nous envoyer le dossier intégralement complété après réception de la facture proforma.
- Néanmoins, si vous disposez dès maintenant de l'ensemble des informations en vue d'une facture définitive, vous pouvez nous retourner directement le dossier intégralement complété (**texte en gras*** et *texte en italique*), accompagné le cas échéant des pièces jointes (Périmètre, Grille de correspondance, extrait Kbis ...)

Nous vous remercions de remplir les pages communes à toutes les spécifications en pages [2](#), [3](#) et [4](#).

Pour la spécification propre à votre organisme, merci de compléter les informations de la page suivante :

[Pour les Entreprises : Spécification "E"](#)

[5](#)

[Pour les Entreprises de Travail Temporaire : Spécification "I"](#)

[6](#)

[Pour les Organismes de Formation : Spécification "F"](#)

[7](#)

Nous attirons votre attention sur le fait que ce dossier de demande de certification complet doit idéalement nous parvenir **4 mois** avant votre date anniversaire de certification.



DEPUIS 25 ANS, VOTRE CERTIFICATEUR DE RÉFÉRENCE EN RADIOPROTECTION

S.BUILLLOT Chargé de clientèle	P.VAUCHERET Directeur	T.VIAL Président de la Commission Technique	T.HATIT Président du Comité de Certification des Entreprises	Mise en forme	23/10/2017	12
				Mise en forme	28/10/2015	11
				Mise à jour suite à la parution de l'arrêté du 27 novembre 2013	25/03/2015	10
Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	Objet de la révision	Date	Indice	

Lieu d'audit (Entreprises/Entreprises de Travail Temporaire/Organismes de Formation)

(Le lieu d'audit correspond à l'adresse géographique de l'entité détentrice du certificat, elle apparaît sur le recto du certificat - L'adresse indiquée doit être une adresse géographique et non une adresse postale)

Nom du porteur de certification* :

Statut (SA, SARL, SNC, autre) :

N° TVA intracommunautaire :

N° SIREN / SIRET :

Code NAF :

Adresse* :**Code Postal/Ville* :****Pays* :**

Téléphone :

Site internet :

Activité(s) de l'Organisme :

	Année antérieure :	Année en cours :
Chiffre d'affaires total (M€)		
Effectif total		
<u>Actionnaires</u>	%	

Informations sur le Responsable Désigné/Interlocuteur Spécialisé*

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone / Portable :

Email :

Informations sur la Personne Compétente en Radioprotection**(Entreprises/Entreprises de Travail Temporaire) - si différent du RD/IS**

Nom :

Prénom :

Téléphone/ Portable :

Email :

Statut :

 Interne Externe, précisez la société d'appartenance :Retour 

Notification de modifications depuis votre précédent audit

(Exemples : changement de RD, IS, PCR, extension de périmètre, changement de zone d'intervention, déménagement)

Informations complémentaires

Autre(s) certification(s) obtenue(s) (ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, MASE...) :

Au cours des deux dernières années, l'entreprise a-t-elle reçu des prestations de conseil pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien de la certification CEFRI ?

NON

OUI

Nom de l'organisme de conseil :

Date de fin d'intervention :

Demande de certification et confirmation de l'engagement par la direction dans le processus de certification CEFRI

Je soussigné(e),

Nom

Prénom

En qualité de

- m'engage, à avoir pris connaissance de la procédure générale de certification (CEFRI/PRO-C-0311 ou CEFRI/PRO-C-0315), l'accepter, confirmer mon engagement dans le processus de certification CEFRI,
- certifie exact et à jour l'ensemble des informations et documents fournis dans mon dossier de certification.

DIRECTION

Date et signature (faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Retour 

Informations facturation à nous communiquer

- Souhaitez-vous que nous établissions une facture proforma ?

OUI

NON : Facture définitive directement

- A qui doit-on envoyer la facture ?

Par défaut la facture est envoyée au Responsable Désigné ou à l'Interlocuteur Spécialisé

Responsable Désigné / Interlocuteur Spécialisé

Autre contact :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Si différent du lieu d'audit :

Raison sociale :

N° TVA intracommunautaire :

Adresse :

Code Postal/Ville :

Pays :

- Allez-vous établir un bon de commande ? OUI NON

Numéro de commande associé :

- Avez-vous une procédure de facturation spécifique que vous souhaitez nous communiquer ?

Pour les Entreprises : Spécification "E" (CEFRI/SPE-E-0400-indice en vigueur)

Nombre total de personnes entrant dans le périmètre de certification CEFRI

Catégorie A* : Catégorie B* :

 Nombre de personnes de catégorie A et B gérées sur le lieu d'audit :

Nombre total d'implantations (lieu d'audit + implantations secondaires)* :

 • **Périmètre en pièce jointe***

Pour chacune des implantations (entités géographiques, agences, bureaux, antennes, etc.....), indiquer les renseignements suivants (Voir modèle joint en page 8) :

Nom de la société, numéro SIRET/SIREN, adresse, téléphone, nombre de personnes de catégories A et B ou nombre annuel de travailleurs temporaires de catégorie A et B

 • **Activité(s) de l'entreprise (plusieurs choix possibles) :**

- Manipulation de sources scellées de haute activité au sens de l'article R. 1333-33 du code de la santé publique.
- Mise en œuvre d'appareils émettant des rayonnements ionisants
- Travaux de maintenance ou d'intervention
- Prestations intellectuelles d'expertise
- Prestations d'audit
- Prestations d'inspection
- Prestations de communication
- Prestations de formation
- Réalisation de contrôles techniques au sens de l'article R. 4451-32 du Code du Travail

 • **Zones d'intervention (plusieurs choix possibles) :**

- Zones spécialement réglementées
- Zones d'opération au sein desquelles sont mis en œuvre des appareils mobiles ou portables émetteurs de rayonnements ionisants
- Toutes zones contrôlées (incluant les zones spécialement réglementées)
- Toutes zones réglementées (zones surveillées, contrôlées incluant les zones spécialement réglementées)

 • **Lieux d'intervention (un seul choix possible) :**

- Equipements et installations dans le périmètre d'une installation nucléaire de base (INB) ou installation individuelle comprise dans le périmètre d'une installation nucléaire de base secrète (INBS)
- INB, INBS et tout type d'installations industrielles et de recherche

 Recours à des sous-traitants employant du personnel de catégorie A et B : OUI NON

 Recours à des Entreprises de Travail Temporaire pour du personnel de catégorie A et B : OUI NON

Critères d'audit d'opération* :
Parmi les critères suivants, indiquez ceux qui concernent l'activité(*) de votre entreprise :

(*) Extrait de l'arrêté du 27 novembre 2013 : Les activités ou catégories d'activités prévues au 3° de l'article R. 4451-124 sont définies comme telles : toute réalisation de travaux de maintenance ou d'intervention ou mettant en œuvre des appareils émettant des rayonnements ionisants effectués dans les zones spécialement réglementées ou interdites définies à l'article R. 4451-20 du code du travail ainsi que dans les zones d'opération définies à l'article 13 de l'arrêté du 15 mai 2006.

Sont exemptées de certification les entreprises exerçant des activités de prestations intellectuelles d'expertise, d'audit, d'inspection, de communication ou de formation et les organismes mentionnés à l'article R. 4451-32 chargés d'effectuer les contrôles techniques, sous réserve que leur activité ne modifie pas les conditions d'exposition.

- Dose collective annuelle supérieure à 250 hommes.millisievert sur les douze derniers mois
- 10 travailleurs ou plus ont reçu une dose efficace individuelle sur les douze derniers mois supérieure à 10 mSv
- Activité de décontamination et opérations liées au conditionnement et à l'évacuation des déchets et effluents radioactifs produits
- Activité de radiologie industrielle
- Activité impliquant la manipulation de sources scellées de haute activité au sens de l'article R. 1333-33 du code de la santé publique.
- Aucun des critères ci-dessus

Pour ces activités assujetties aux critères d'audit d'opération, pour quelles Entreprises d'accueil (Exploitants Nucléaires), votre entreprise intervient-elle ?

 Retour 

Pour les Entreprises de Travail Temporaire : Spécification "I"
(CEFRI/SPE-I-0401-indice en vigueur)

Nombre total de personnes entrant dans le périmètre de certification CEFRI

Catégorie A* : Catégorie B* :

Nombre de personnes de catégorie A et B gérées sur le lieu d'audit :

Nombre total d'implantations (lieu d'audit + implantations secondaires)* :

- **Périmètre en pièce jointe***

Pour chacune des implantations (entités géographiques, agences, bureaux, antennes, etc.....), indiquer les renseignements suivants (Voir modèle joint en page 8)

Nom de la société, numéro SIRET/SIREN, adresse, téléphone, nombre de personnes de catégories A et B ou nombre annuel de travailleurs temporaires de catégorie A et B

- **Zones d'intervention (plusieurs choix possibles) :**

- Zones spécialement réglementées
- Zones d'opération au sein desquelles sont mis en œuvre des appareils mobiles ou portables émetteurs de rayonnements ionisants
- Toutes zones contrôlées (incluant les zones spécialement réglementées)
- Toutes zones réglementées (zones surveillées, contrôlées incluant les zones spécialement réglementées)

- **Lieux d'intervention (un seul choix possible) :**

- Equipements et installations dans le périmètre d'une installation nucléaire de base (INB) ou installation individuelle comprise dans le périmètre d'une installation nucléaire de base secrète (INBS)
- INB, INBS et tout type d'installations industrielles et de recherche

Pour les Organismes de Formation : Spécification "F"
(CEFRI/SPE-F-0402-indice en vigueur)

N° de déclaration de l'Organisme de Formation :

- Informations sur les référents pédagogiques

Nom	Prénom	Option et domaine de formation

Nombre total de chantiers écoles* :

- Lieux de formations et chantiers écoles*

Pour chaque lieu de formation et pour chaque chantier école utilisé, indiquer les renseignements suivants (Voir modèle joint en page 9) :

Nom et adresse du lieu de formation, téléphone

Raison sociale du chantier école, la société à qui appartient le chantier école, adresse, téléphone

- Option(s) et type(s) de formations *:

 RN-RP

 RNE-PR

 RN-SCN

 CR-PR

 RN-CSQ

 CC-PR

- Nombre total de formateurs dispensant les formations conformes au référentiel CEFRI

Formateurs internes :

Formateurs externes :

Nombres d'heures stagiaires dispensées (année précédente) pour les Formations (périmètre CEFRI) :

- Formations dispensées hors CEFRI (inscrire les formations principales selon l'importance)

- Pour l'option RN : utilisation des guides et supports pédagogiques fournis par l'Exploitant :

 OUI

 NON

- Réalisation de formations en langue étrangère :

 OUI

 NON

 Retour 

Modèle : Périmètre pour les Entreprises et Entreprises de Travail Temporaire

PÉRIMÈTRE

Nom de la société :

N° SIRET / SIREN :

Adresse complète :

Téléphone :

Nombre de personnes de catégorie A et B :

Retour 

Modèle : Périmètre pour les Organismes de Formation**PÉRIMÈTRE****LIEU DE FORMATION**

Nom :

Adresse complète :

Téléphone:

CHANTIER ECOLE

Nom du chantier école :

Société d'appartenance du chantier école :

Options et domaine de formation :

 RN-RP **RN-SCN/CSQ** **RNE-PR** **CR-PR** **CC-PR**

Adresse complète :

Téléphone:

Retour 

Modèle : Respect des critères d'éligibilité à une certification multi-sites et à l'échantillonnage des audits d'implantations**ENGAGEMENT DE LA DIRECTION DE L'ORGANISME DEMANDEUR**

Je soussigné(e),

Nom

Prénom

En qualité de

M'engage, à avoir pris connaissance des critères d'éligibilité à une certification multi-sites et à l'échantillonnage des audits d'implantations définis dans la procédure générale de certification (CEFRI/PRO-C-0311 ou CEFRI/PRO-C-0315) et confirme que :

- toutes les implantations ont un lien juridique avec l'Organisme porteur de la certification,
- le système de management mis en œuvre est commun à toutes les implantations et les activités concernées,
- le Responsable Désigné (RD) ou l'Interlocuteur Spécialisé (IS) a l'autorité pour définir, établir et surveiller en permanence le système de management de toutes les implantations et mettre en œuvre les actions correctives nécessaires,
- le RD ou l'IS est en mesure de centraliser et analyser les informations relatives au système de management en provenance de toutes les implantations,
- le système de management fait l'objet d'une revue de direction qui couvre tout le périmètre de certification,
- le programme d'audit interne couvre l'ensemble des implantations.

DIRECTION

Date et signature

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Retour 