



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ORGANISMES

## 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, 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"](#) **7**
- [Pour les Organismes de Formation : Spécification "F"](#) **8**

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 30 ANS, VOTRE CERTIFICATEUR DE RÉFÉRENCE EN RADIOPROTECTION**

P-Y DEVINCK Responsable Qualité 	P. VAUCHERET Directeur 	T. VIAL Président de la Commission Technique 	M.L. FITAMANT Président du Comité de Certification des Entreprises 	- Précision concernant l'activité de l'entreprise vis-à-vis de l'arrêté du 27 novembre 2013 - Ecart COFRAC CEPE-20-0053-1 v00-FE-FFY1 et FFY3 de l'évaluation du 04/02/2021 - Mise en forme	12/05/2021	<b>15</b>
				- Modification : « <i>Plusieurs choix possible</i> » au lieu de « <i>un seul choix possible</i> » - Prise en compte des intervenants Non Classés	05/05/2020	14
<b>Rédacteurs</b>	<b>Vérificateur</b>	<b>Approbateur</b>	<b>Objet de la révision</b>	<b>Date</b>	<b>Indice</b>	

### **Site principal (Entreprises/Entreprises de Travail Temporaire/Organismes de Formation)**

(Le site principal correspond à l'adresse géographique de l'entité détentrice du certificat, qui 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 de l'Organisme :

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

<b>Actionnaires</b> (Nom et représentation en %) :	
---	--

### **Informations sur le Responsable Désigné (RD) \***

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Téléphone fixe / Portable :**

**Email :**

### **Informations sur le Conseiller en radioprotection (PCR ou OCR) (Entreprises/Entreprises de Travail Temporaire) si différent du RD**

*Nom :*

*Prénom :*

*Téléphone/ Portable :*

*Email :*

*Statut :*

Interne

Externe, précisez la société d'appartenance :

PCR désigné d'Organisme compétent en radioprotection (OCR),

Précisez le nom de l'OCR :

**Notification de modifications depuis votre précédent audit**

(Exemples : changement de RD, PCR, Conseiller en RP, extension de périmètre, changement de zone d'intervention, déménagement, ...)

**Informations complémentaires**

*Autre certification obtenue (ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, MASE, ISO 45001, ...) :*

*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 en vigueur), 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 »)

## **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*

Responsable Désigné

Autre contact :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Si différent du [site principal](#) :

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)

*(Veuillez renseigner et cocher ce qui vous concerne)*

**Nombre total de sites (site principal + implantations secondaires) \* :**

### Site principal

Nombre de personnes de catégorie A et B :

Nombre de personnes non classées (travaillant en zone, tel que défini dans l'article R. 4451-32 du Code du travail) :

Préciser l'activité (ou les activités) :

➤ **Dans le cadre des exigences réglementaires**

- Manipulation de sources scellées de haute activité au sens de l'article R. 1333-13 du Code de la santé publique*
- Mise en œuvre d'appareils émettant des rayonnements ionisants au sens de l'article 2 de l'Arrêté du 27 novembre 2013*
- Travaux de maintenance ou d'intervention au sens de l'article 2 de l'Arrêté du 27 novembre 2013*

➤ **Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...**

- Prestations intellectuelles d'expertise*
- Prestations d'audit*
- Prestations d'inspection*
- Prestations de communication*
- Prestations de formation*
- Réalisation de vérifications au sens des articles R. 4451-40 et R.4451-44 du Code du Travail*

Compléments éventuels, si nécessaire, sur l'activité :

Dans le cas d'un Organismes multi-sites :

Nombre total de personnes de catégorie A et B  
(site principal + implantations secondaires) :

Pour chacune des implantations **secondaires** (entités géographiques, agences, bureaux, antennes, etc.), **renseigner tous les items demandés dans le modèle joint en [page 9](#)**)

- **Zones d'intervention (plusieurs choix possibles) :**
  - **Dans le cadre des exigences réglementaires**
    - Zones d'opération au sein desquelles sont mis en œuvre des appareils mobiles ou portables émetteurs de rayonnements ionisants
    - Zones contrôlées jaune, orange ou rouge
  - **Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...**
    - Zones surveillées
    - Zones contrôlées vertes
  
- **Lieux d'intervention (plusieurs choix possibles)**
  - **Dans le cadre des exigences réglementaires**
    - 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)
  - **Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...**
    - Installations industrielles et de recherche ; installations soumises au Code de l'Environnement (ICPE) ou Code de la Santé Publique (hors INB soumises à dossier ASN)

Recours à des sous-traitants employant du personnel intervenant en zone délimitée :  OUI  NON

Recours à des Entreprises de Travail Temporaire employant du personnel intervenant en zone délimitée :  OUI  NON

Recours à des travailleurs non classés accédant en zone, tel que défini dans l'article R. 4451-32 du Code du travail :  OUI  NON

Capacité à réagir face à des situations anormales de travail (articles R. 4451-89 à 110 du code du travail) :  OUI  NON

### **Critères d'audit d'opération :**

Parmi les critères suivants, indiquez ceux qui concernent l'activité de votre entreprise :

- Dose collective annuelle supérieure à 250 hommes.millisieverts sur les douze derniers mois
- 10 travailleurs ou plus ont reçu une dose efficace individuelle supérieure à 10 mSv sur les douze derniers mois
- 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. 1333-13 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 ?

**Pour les Entreprises de Travail Temporaire : Spécification "I"**

(CEFRI/SPE-I-0401-indice en vigueur)

(Veuillez renseigner et cocher ce qui vous concerne)

**Nombre total de sites (site principal + implantations secondaires) \* :**

**Site principal**

Nombre de personnes de catégorie A et B :

Nombre de personnes non classées (travaillant en zone, tel que défini dans l'article R. 4451-32 du Code du travail) :

Dans le cas d'un Organismes multi-sites :

Nombre total de personnes de catégorie A et B  
(site principal + implantations secondaires) :

Pour chacune des implantations **secondaires** (entités géographiques, agences, bureaux, antennes, etc.), **renseigner tous les items demandés dans le modèle joint en [page 9](#)**)

- **Zones d'intervention (plusieurs choix possibles) :**
  - **Dans le cadre des exigences réglementaires**
    - Zones d'opération au sein desquelles sont mis en œuvre des appareils mobiles ou portables émetteurs de rayonnements ionisants
    - Zones contrôlées jaunes
  - **Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...**
    - Zones surveillées
    - Zones contrôlées vertes
  
- **Lieux d'intervention (plusieurs choix possibles) :**
  - **Dans le cadre des exigences réglementaires**
    - 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)
  - **Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...**
    - Installations industrielles et de recherche ; installations soumises au Code de l'Environnement (ICPE) ou Code de la Santé Publique (hors INB soumises à dossier ASN)

**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, renseigner tous les items demandés dans le modèle joint en [page 10](#)) :

• **Option(s) et type(s) de formations \***

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RN-RP  | <input type="checkbox"/> RNE-PR |
| <input type="checkbox"/> RN-SCN | <input type="checkbox"/> CR-PR  |
| <input type="checkbox"/> RN-CSQ | <input type="checkbox"/> 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

## Modèle pour les implantations secondaires (Entreprises et Entreprises de Travail Temporaire)

En référence au document IAF MD1:2018 paragraphe 6.1.1.1, « l'échantillonnage d'un panel de sites est autorisé si les sites concernés réalisent tous des processus ou activités très similaires. »<sup>1</sup>

Rappel : l'article 2 de l'arrêté du 27/11/2013 définit : « 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 susvisé. »

### Implantations secondaires (à renseigner pour chacune des implantations secondaires)

Nom de la société :

N° SIRET / SIREN :

Adresse complète :

Téléphone :

#### Nombre de personnes de catégorie A et B \* :

Nombre de personnes non classées (travaillant en zone, tel que défini dans l'article R. 4451-32 du Code du travail) :

Préciser l'activité (ou les activités) si différentes du site principal :  
(sauf pour les Entreprises de Travail Temporaire)

#### ➤ Dans le cadre des exigences réglementaires

- Manipulation de sources scellées de haute activité au sens de l'article R. 1333-13 du Code de la santé publique
- Mise en œuvre d'appareils émettant des rayonnements ionisants au sens de l'article 2 de l'Arrêté du 27 novembre 2013
- Travaux de maintenance ou d'intervention au sens de l'article 2 de l'Arrêté du 27 novembre 2013

#### ➤ Dans le cadre d'autres exigences : contractuelles, volontaires, ...

- Prestations intellectuelles d'expertise
- Prestations d'audit
- Prestations d'inspection
- Prestations de communication
- Prestations de formation
- Réalisation de vérifications au sens des articles R. 4451-40 et R.4451-44 du Code du Travail

Compléments éventuels, si nécessaire, sur l'activité :

<sup>1</sup> Écart COFRAC CEPE-20-0053-1 FFY1 du 4 février 2021

**Modèle 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 :

**Modèle : Respect des critères d'éligibilité à une certification multi-sites et à l'échantillonnage**

**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 la méthodologie de l'échantillonnage** définis dans la procédure générale de certification (CEFRI/PRO-C-0311 ou CEFRI/PRO-C-0315 en vigueur) 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) 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 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 »