



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 25 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 	- 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
				- Prise en compte du décret n° 2018-437 du 04/06/2018 (Conseiller en RP, ...) - Actualisation des références du Code du Travail et de la Santé Publique - Suppression des références aux zones réglementées et spécialement réglementées et de redondances de zones - Simplification	19/12/2019	13
				- Mise en forme	23/10/2017	12
Rédacteurs	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, 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 :

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

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 :

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 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* :** **Non Classés :**

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

 Nombre d'intervenants non classés gérés 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 9](#)) :

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, nombre d'intervenants Non Classés

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

- **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
- Travaux de maintenance ou d'intervention

- **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

- **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

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)

Nombre total de personnes entrant dans le périmètre de certification CEFRI

Catégorie A* : Catégorie B* : Non Classés :

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

Nombre d'intervenants non classés gérés 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 9](#)) :

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) :**

- **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, indiquer les renseignements suivants (Voir modèle joint en [page 10](#)) :

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

Modèle 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 :

Nombre d'intervenants Non Classés :

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 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 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 »