

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