



PERMIS DE FEU

POUR TRAVAUX PAR POINTS CHAUDS



• Ordre de travail donné par •

Date de début	____/____/____	Horaires (début et fin) de ____ h ____ à ____ h ____ et de ____ h ____ à ____ h ____
Date de fin	____/____/____	ou Durée maximum _____
Entreprise donneur d'ordre	Entreprise / service exécutant les travaux (nom ou raison social et nom et fonction du responsable)	
Nom du chef d'établissement ou de son représentant (Nom et fonction)	Liste des opérateurs exécutants (noms et prénoms)	
	-	_____
	-	_____
	-	_____
	-	_____

• Travaux •

Lieu (précisez)	Description
_____	_____

Types de travaux par points chauds		Risques particuliers (ex. : proximité d'une zone ATEX, produits utilisés, procédés, stockages...)
<input type="checkbox"/> Soudage <input type="checkbox"/> Tronçonnage <input type="checkbox"/> Découpage <input type="checkbox"/> Meulage	Autres: _____	
Matériels utilisés		Documents associés : plan de prévention, autorisation de travail, permis de pénétrer, consignes
<input type="checkbox"/> Poste à souder <input type="checkbox"/> Chalumeau <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Tronçonneuse	Autres: _____	

• Sécurité •

Mise en sécurité		Moyens de prévention	
<input type="checkbox"/> Évacuation des substances combustibles <input type="checkbox"/> Délimitation et/ou séparation de la zone d'intervention <input type="checkbox"/> Protection des éléments et/ou objets non déplaçables <input type="checkbox"/> Consignation (source d'énergie, flux de produits...) <input type="checkbox"/> Vidange, nettoyage, dépoussiérage <input type="checkbox"/> Dégazage (tuyauterie, cuve, fosses...) <input type="checkbox"/> Isolation des tuyauteries <input type="checkbox"/> Démontage des tuyauteries <input type="checkbox"/> Colmatage des interstices <input type="checkbox"/> Fermeture (appareil, caniveaux, fosses...) <input type="checkbox"/> Isolation de la boucle de détection <input type="checkbox"/> Isolation du système d'extinction	Autres risques _____	<input type="checkbox"/> Nettoyage de la zone de travail <input type="checkbox"/> Vérification de l'outillage <input checked="" type="checkbox"/> Protection du voisinage <input type="checkbox"/> Écrans, panneaux <input type="checkbox"/> Bâches ignifugées <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Sable <input type="checkbox"/> Ventilation forcée <input checked="" type="checkbox"/> Moyens de lutte contre l'incendie <i>(en plus des moyens habituellement présent)</i> <input type="checkbox"/> Extincteurs (Nombre et type) _____ <input type="checkbox"/> RIA <input type="checkbox"/> Lance à incendie	Autres moyens _____

Surveillance	Emplacement des moyens d'alerte	Numéros d'urgence
Personne(s) désignée(s) pour la surveillance (Nom, prénom, horaires de présence)		Pompiers : _____
_____		Nom et téléphone des personnes à contacter : _____
_____		_____
_____		_____

• Signatures •

Nom et signature du responsable des travaux	Nom et signature du responsable de la sécurité	Nom et signature du ou (des) opérateurs
_____	_____	_____

Signature du chef d'établissement _____ Permis de feu délivré le ____/____/____