**Les parties grises des tableaux sont à compléter obligatoirement.**

##### IDENTIFICATION DE L’ORGANISME

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale |  \_ |
| Adresse |  \_ |
| Code Postal |  \_ |
| Ville |  \_ |
| Pays  | FRANCE |
| N° SIRET |  \_ |
| N° de TVA intracommunautaire |  \_ |
| Affiliation à un groupe : [ ]  oui, lequel ? |  \_ |
| Adresse de facturation (si différente) |  \_ |
| Code Postal |  \_ |
| Ville |  \_ |

##### CONTACT AU SEIN DE L’ORGANISME

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  **\_** |
| Prénom |  **\_**  |
| Fonction |  **\_** |
| Téléphone |  **\_** |
| Mail |  **\_** |

##### PRESTATION(S) DEMANDEE(S)

**Certification de système de management selon le(les) référentiel(s) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]   | OF HYPERBARES | Arrêté du 12 décembre 2016 définissant les modalités de formation à la sécurité des travailleurs exposés au risque hyperbare |
| [ ]   | TRAVAUX HYPERBARES | Arrêté du 29 septembre 2017 relatif à la certification d’entreprises réalisant des travaux hyperbares |
| [ ]   | ENTREPRISE TRAVAIL TEMPORAIRE | Arrêté du 29 septembre 2017 relatif à la certification d’entreprises réalisant des travaux hyperbares |

*Merci de compléter l’annexe correspondante à la certification demandée.*

**Certification :**

[ ] Initiale [ ] Renouvellement [ ] Extension du certificat existant

[ ] Transfert de certificat, Si oui :

* Nom du précédent organisme certificateur :
* Echéance du certificat en cours :saisir une date
* Existence d’un engagement avec l’administration ou une autorité gouvernementale (Ex : AMF, HAS, ARCOM, etc.) :

 Prochain audit : [ ] Renouvellement [ ] Suivi 1 [ ] Suivi 2

**Date/Période souhaitée pour l’audit de certification :**

[ ]  *1er Trimestre* [ ] *2nd Trimestre* [ ] *3ème Trimestre* [ ] *4ème Trimestre*

ou mois/ ou période précise *:* ***mois\_***

##### RECEVABILITE ETAPE 0

##### Partie à compléter pour une certification initiale pour la certification des entreprises de travaux hyperbares

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOCUMENTS demandés à l’arrêté du 29/9/17 | Nom de votre document | Le document ou équivalent existe-t-il ? | Si Oui Date de création | Si Oui Mise à jour | Indice |
| Oui | Non |
| DUER |  |  |  |  |  |  |
| Manuel de sécurité Hyperbare |  |  |  |  |  |  |
| Procédures de situation normale par méthodes de travail : PSN |  |  |  |  |  |  |
| PSN 1 |  |  |  |  |  |  |
| PSN 2 |  |  |  |  |  |  |
| PSN … |  |  |  |  |  |  |
| Procédures de situation dégradée par méthodes de travail : PSD |  |  |  |  |  |  |
| PSD 1 |  |  |  |  |  |  |
| PSD 2 |  |  |  |  |  |  |
| PSD … |  |  |  |  |  |  |
| Procédures de situation secours par méthodes de travail : PSS |  |  |  |  |  |  |
| PSS 1 |  |  |  |  |  |  |
| PSS 2 |  |  |  |  |  |  |
| PSS … |  |  |  |  |  |  |
| Fiche de sécurité 1 |  |  |  |  |  |  |
| Fiche de sécurité 2 |  |  |  |  |  |  |
| Fiche de sécurité … |  |  |  |  |  |  |
| Notice de poste 1 |  |  |  |  |  |  |
| Notice de poste 2 |  |  |  |  |  |  |
| Notice de poste … |  |  |  |  |  |  |
| Document entretien des équipements |  |  |  |  |  |  |
| Document traçant l’analyse des gaz respirables |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTS demandés à l’arrêté du 29/9/17 | Nom de votre document | Le document ou équivalent existe-t-il ? | Si Oui Date de création | Si Oui Mise à jour | Indice |
| Oui | Non |
| Qualification du CPH |  |  |  |  |  |  |
| Désignation du ou des COH |  |  |  |  |  |  |
| Traçabilité du suivi médical des travailleurs |  |  |  |  |  |  |
| Traçabilité des expositions hyperbares |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTE DES EQUIPEMENTS DE TRAVAIL** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **MOYENS DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **MOYENS DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION COLLECTIF** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

##### RECEVABILITE ETAPE 0

##### Partie à compléter pour une certification initiale pour la certification des organismes de formation hyperbare

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOCUMENTS demandés à l’arrêté du 12/12/16 | Nom de votre document | Le document ou équivalent existe-t-il ? | Si Oui Date de création | Si Oui Mise à jour | Indice |
| Oui | Non |
| Exigences à la DIRRECTE |  |  |  |  |  |  |
| Agrément |  |  |  |  |  |  |
| Existence du bilan pédagogique et financier faisant apparaitre la sous-traitance |  |  |  |  |  |  |
| Assurance |  |  |  |  |  |  |
| DUER |  |  |  |  |  |  |
| Manuel Sécurité Hyperbare |  |  |  |  |  |  |
| Fiche type d’évaluation des stagiaires |  |  |  |  |  |  |
| Liste (ou équivalent) des formateurs et sous-traitants (appelés intervenants) |  |  |  |  |  |  |
| Conseiller à la Prévention hyperbare |  |  |  |  |  |  |
| Désignation d’un référent pédagogique |  |  |  |  |  |  |
| Procédure de maintien et d’actualisation des compétences du référent pédagogique |  |  |  |  |  |  |
| Procédure de maintien et d’actualisation des compétences des formateurs |  |  |  |  |  |  |
| Procédure de maintien ou actualisation de la maitrise des dossiers pédagogiques par les formateurs |  |  |  |  |  |  |
| Procédure d’allègement de la formation |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTS demandés à l’arrêté du 29/9/17 | Nom de votre document | Le document ou équivalent existe-t-il ? | Si Oui Date de création | Si Oui Mise à jour | Indice |
| Oui | Non |
| Procédure de mise à jour des objectifs pédagogiques et des programmes de formation |  |  |  |  |  |  |
| Procédure de prise en compte des observations des candidats formulées en fin de formation |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Liste des équipements de travail, moyens de protection collective et des EPIDocuments traçant l’entretien des équipementsDocuments traçant l’analyse des gaz respirables produit par l’OF ou par un fournisseur  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

##### AUTRES INFORMATIONS

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres certification**, habilitation, label et/ou qualification détenus(joindre une copie de votre (vos) certificat(s)) | \_\_ |
| Au cours des 2 dernières années, avez vous eu recours à un prestataire pour l’obtention de la certification demandée ou en lien avec l’activité à certifier, pour : | **prestations de conseil** | [ ]  | oui | [ ]  | non |
| **audit interne** | [ ]  | oui | [ ]  | non |
| **formation** | [ ]  | oui | [ ]  | non |
| Nom de l’organisme de conseil / audit interne / formation et date de fin d’intervention  | \_\_ |
| **Langue** autre que le français parlée lors de votre audit nécessitant un traducteur | \_\_ |
| **Sécurité** dispositions/consignes de sécurité, exigences particulières | \_\_ |

##### INFORMATIONS POUR LES ORGANISMES MULTI-SITES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les activités, produits et/ou services sont-ils similaires sur chaque site ?*Si non, merci de détailler dans le tableau des effectifs ci-dessous.*  | [ ]  | oui | [ ]  | non |
| Tous les sites sont-ils liés à la fonction centrale par un lien juridique ou accord contractuel qui permette la surveillance (audit interne) et le suivi de l’amélioration par la fonction centrale ? | [ ]  | oui | [ ]  | non |
| Merci de cocher les mentions ne s’appliquant pas à votre organisation :[ ]  Un seul et unique système de management[ ]  Une revue de Direction centralisée[ ]  Un programme d’audit interne couvrant tous les sites[ ]  Une fonction centrale identifiée et non sous-traitée ayant l’autorité pour définir, mettre en place et maintenir le système de management (documentation, revue de direction, plaintes, évaluation des mesures correctives, processus d'audit interne, exigences légales et règlementaires, etc.). Elle veille à ce que les données de chaque site soient collectées et analysées. |

##### INFORMATIONS SUR LES EFFECTIFS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Siège** | **Site 1** | **Site 2** |
| **Adresse** |  |  |  |
| **Effectif total** concerné par la certification en équivalent temps plein (ETP) |  |  |  |
| **Dont**  | **Nb de salariés en ETP** |
| Administratifs |  |  |  |
| Opérationnels et encadrement (R&D, ingénieur, chargé de missions, responsable de production, …) |  |  |  |
| Personnel en production à activités récurrentes (industrie ou service) |  |  |  |
| Effectif en rotation 2x8 |  |  |  |
| Effectif en rotation 3x8 |  |  |  |
| Effectif en rotation 4x8 |  |  |  |
| Effectif en rotation 5x8 |  |  |  |
| Apprentis |  |  |  |
| Intérimaires et saisonniers (effectif au pic d’activité) |  |  |  |
| Autres : *Préciser*  |  |  |  |

*Merci de dupliquer les colonnes si besoin ou nous transmettre un tableau.*

##### Partie à remplir pour la certification des entreprises de travaux hyperbares

##### et entreprise de travail temporaire

**MERCI, d’identifier votre ou vos activités dans les tableaux ci-dessous**

**Liste des travaux mention A**

|  |
| --- |
| 1. Activités présentant un risque lié à la nature de l’activité, quels que soient le milieu subaquatique et les équipements et outils utilisés, telles que : |
| - déroctage par moyen mécanique, chimique ou par explosif ; |  |
| - travaux de géotechnique : implantation et réalisation de forage et carottage géotechniques ; |  |
| - dépollution pyrotechnique : désensouillage, neutralisation, déplacement et pétardage ; |  |
| - travaux de bâtiment et génie civil : construction ou réparation ; |  |
| - installation, déplacement ou retrait d’objets dont la masse est supérieure à 50 kg  |  |
| - travaux sur canalisations ou câbles en souille ou lestés ; |  |
| - travaux sur navire, bateau ou tout autre engin flottant immatriculé au commerce, hors embarcation de plaisance et hors navires militaires. |  |

**Merci de compléter ou de préciser au besoin vos activités :**

|  |
| --- |
| 2. Activités présentant un risque lié à l’environnement de travail, quels que soient la nature de l’activité et les équipements et outils utilisés, telles que : |
| - travaux sur barrages ou installations industrielles, nucléaires, médicales ou agroalimentaires ; |  |
| - travaux sur ouvrages immergés : sas, aqueducs, canalisations, collecteurs assainissement, station d’épuration, chambres, sphères de stockage, puits de lixiviats ou galeries naturelles. |  |

*Sont également concernées les activités dont l’évaluation, prévue par l’article L. 4121-3, des risques liés à l’environnement de travail (coactivité, courant, turbidité, confinement…), conclurait à la mise en évidence d’un danger pour l’opérateur qui nécessite des mesures de protection particulières pour éviter le risque.*

**Merci de compléter ou de préciser au besoin vos activités :**

|  |
| --- |
| 3. Activités présentant un risque lié aux équipements et outils utilisés, quels que soient la nature de l’activité et le milieu subaquatique, telles que : |
| - utilisation d’équipements de travail dont la force motrice est une force électrique, mécanique, hydraulique ou pneumatique d’une puissance supérieure à 1,5 kW, qu’elle soit alimentée ou non depuis la surface. Si la puissance de l’outil n’est pas définie, elle est considérée comme supérieure à 1,5 kW. |  |
| - utilisation d’explosifs autres que pour le déroctage ; |  |
| - travaux de soudure, de découpage ou de bétonnage. |  |

*Les opérations d’inspection et de balisage préalables aux travaux visés par la présente annexe sont regardées comme accessoires à ces derniers et répondent aux mêmes obligations d’organisation que les activités principales auxquelles elles sont attachées.*

**Merci de compléter ou de préciser au besoin vos activités :**

**Liste des travaux mention D**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Activités de creusement de tunnel au moyen d’un tunnelier |  |
| 2. Activités de creusement de tunnel ou de galerie pressurisée sans mise en oeuvre d’un tunnelier |  |
| 3. Tests d’étanchéité (en pression) des cabines d’avion |  |
| 4. Tests en pression des bâtiments réacteurs des centrales nucléaires productrices d’énergie |  |
| 5. Travaux de fonçage réalisés avec caissons immergés remplis d’air comprimé |  |
| 6. Travaux de soudure hyperbare réalisés en atmosphère sèche dans un caisson immergé (aussi appelé chambre de soudure hyperbare ou chambre de soudure sous-marine). |  |

**Merci de compléter ou de préciser au besoin**

##### INFORMATIONS SUR LES EFFECTIFS

**Nombres de travailleurs titulaires d’un certificat d’aptitude à l’hyperbarie ou titre professionnel de scaphandriers de travaux publics (TPSTP) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MENTION A** | **MENTION D** | **TPSTP** |
| **CLASSE 0** |  |  |  |
| **CLASSE 1** |  |  |  |
| **CLASSE 2** |  |  |  |
| **CLASSE 3** |  |  |  |

Utilisez-vous des entreprises de travail temporaire ? *OUI* *[ ]  NON [ ]*

*Si OUI, merci de préciser le nom et adresse des entreprises de travail temporaire :*

##### Partie à remplir pour la certification des organismes de formation hyperbares

##### INFORMATIONS SUR LES EFFECTIFS

Effectif global :

Répartition du personnel administratif :

Management du dispositif hyperbare :

Production (formateurs internes (FI) et formateurs externes (FE)) : FI :       FE :

Autres à préciser :

Effectif disponible lors des audits (administratif + formateurs) :

Quelles formations concernées par la certification (remplir le tableau ci-dessous) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MENTION A** | **MENTION B** | **MENTION C** | **MENTION D** |
| **CLASSE 0** |  |  |  |  |
| **CLASSE 1** |  |  |  |  |
| **CLASSE 2** |  |  |  |  |
| **CLASSE 3** |  |  |  |  |

Nombres de formateurs Internes (FI) et externes (FE) affectés aux formations (remplir le tableau ci-dessous) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MENTION A** | **MENTION B** | **MENTION C** | **MENTION D** |
|  | **FI** | **FE** | **FI** | **FE** | **FI** | **FE** | **FI** | **FE** |
| **CLASSE 0** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CLASSE 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CLASSE 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CLASSE 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Notes : merci de nous transmettre vos rapports d’audits du cycle précédent, les NC en suspens, les réclamations reçues et actions entreprises et enfin la copie du certificat sous accréditation en termes d’authenticité.**

**Annexe à la proposition commerciale d’audit des Organismes de Formation au Risque Hyperbare et des Entreprises de Travaux Hyperbares**

**Suivant les exigences de la norme NF EN ISO/CEI 17065 en vigueur.**

L’entreprise s’engage à respecter les points suivants :

a) Répondre en permanence aux exigences de certification, incluant la mise en œuvre les changements appropriés qui sont communiqués par l’organisme de certification ;

b) Si la certification s’applique à une production en série, l’entreprise doit s’assurer que le produit certifié continue de répondre aux exigences du produits ;

c) Prendre toutes les dispositions nécessaires pour :

 1 – la conduite de l’évaluation et la surveillance (le cas échéant), y compris la fourniture d’éléments en vue de leur examen tels que : de la documentation et des enregistrements, l’accès au matériel, aux sites, aux zones, aux personnels et sous-traitants du client concernés,

 2 – l’instruction des réclamations,

 3 – la participation d’observateurs, le cas échéant ;

d) Faire des déclarations sur la certification en cohérence avec la portée de la certification ;

e) Ne pas utiliser la certification d’une façon qui puisse nuire à l’organisme de certification ni faire de déclaration sur la certification que l’organisme de certification puisse considérer comme trompeuse ou non autorisée ;

f) En cas de suspension, de retrait ou à l’échéance de la certification, cesser d’utiliser l’ensemble des moyens de communication qui y fait référence et remplir toutes les exigences prévues par le programme de certification (par exemple renvoi des documents de certification) et s’acquitter de toute autre mesure exigée ;

g) Si l’entreprise fournit des copies de documents de certification à autrui, il doit les reproduire dans leur intégralité ou tel que spécifié par le programme de certification ;

h) En faisant référence à la certification dans des supports de communication, tels que documents, brochures ou publicité, se conformer aux exigences de l’organisme de certification et/ou aux spécifications du programme de certification.

i) Se conformer à toutes les exigences qui peuvent être prescrites dans le programme de certification relatives à l’utilisation des marques de conformité et aux informations relatives au produit/service ;

j) Conserver un enregistrement de toutes réclamations dont il a eu connaissance concernant la conformité aux exigences de certification et mettre ces enregistrements à la disposition de l’organisme de certification sur demande, et

1 – prendre toute action appropriée en rapport avec ces réclamations et les imperfections constatées dans les produits qui ont des conséquences sur leur conformité aux exigences de la certification ;

 2 – documenter les actions entreprises.

k) Informer sans délai, l’organisme de certification des changements qui peuvent avoir des conséquences sur sa capacité à se conformer aux exigences de la certification.

Exemple de changements :

* La propriété ou le statut juridique, commercial, et/ou organisationnel ;
* L’organisation et la gestion (par exemple le personnel clé tel que les dirigeants, les décisionnaires ou les techniciens ;
* Les changements apportés au produit ou à la méthode de production ;
* Les coordonnées de la personne à contacter et les sites de production ;
* Les changements importants apportés au système de management de la qualité.

**J’atteste l’exactitude des renseignements ci-dessus :**

Pour l’organisme :

A , le

Nom :

Signature ou Initiales :

###### A renseigner par l’organisme et à retourner par mail à votre contact commercial ou à v.mounier@bcs-certification.com