


Annexe A : Permis de travail à froid.

 Activité Amont Division Production Site:.....		PERMIS DE TRAVAIL A FROID		Permis No:			
		(Cochez la case appropriée <input checked="" type="checkbox"/>)		Ordre de travail No:			
1 DEMANDE DE PERMIS							
Unité/Zone:.....		Installation/Équipement:.....		Outillage/Équipement utilisé			
Classification de la zone: Zone 0 <input type="checkbox"/> Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/> Non classée <input type="checkbox"/> Description du travail:.....				Outillage manuel <input type="checkbox"/> Outillage pneumatique <input type="checkbox"/> Instruments (intrinsèquement sûrs) <input type="checkbox"/> Électriques (intrinsèquement sûrs) <input type="checkbox"/> Échafaudage <input type="checkbox"/> Échelle <input type="checkbox"/>			
Schémas et procédures de travail joints: <input type="checkbox"/> Début du travail prévu: Date:.....Heure:..... Fin du travail prévue: Date:.....Heure:.....							
Discipline Électricité <input type="checkbox"/> Inspection <input type="checkbox"/> Puits <input type="checkbox"/> Mécanique <input type="checkbox"/> Instrumentation <input type="checkbox"/> Autre (Préciser):.....							
Permis demandé par Nom:..... Fonction:..... Date:..... Signature:.....				Personnel d'exécution Entreprise Extérieure <input type="checkbox"/> (Spécifier):..... Responsable d'Exécution:.....			
2 PERMIS ET CERTIFICATS ASSOCIÉS							
Permis:..... No:.....		Permis:..... No:.....		Certificat:..... No:.....			
Permis:..... No:.....		Permis:..... No:.....		Certificat:..... No:.....			
Permis:..... No:.....		Permis:..... No:.....		Certificat:..... No:.....			
3 ÉVALUATION DE RISQUES							
3.1 Dangers Produits dangereux <input type="checkbox"/> Haute pression <input type="checkbox"/> Dépression (vide) <input type="checkbox"/> Haute température <input type="checkbox"/> Basse température <input type="checkbox"/> Produits radioactifs <input type="checkbox"/> Énergie électrique <input type="checkbox"/> Travail en hauteur <input type="checkbox"/> Espace confiné <input type="checkbox"/> Excavation/éboulement <input type="checkbox"/> Opération de levage <input type="checkbox"/> Mouvement engin <input type="checkbox"/> Machine tournante <input type="checkbox"/> Bruits/vibrations <input type="checkbox"/> Accès dangereux <input type="checkbox"/> Obscurité <input type="checkbox"/> Vent/météo <input type="checkbox"/> Travaux adjacents <input type="checkbox"/> Pollution <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):.....		3.2 Isolement Électrique <input type="checkbox"/> Process <input type="checkbox"/> Mécanique ou positif <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):..... 3.3 Préparation Dépressurisation <input type="checkbox"/> Vidange <input type="checkbox"/> Lavage à l'eau <input type="checkbox"/> Nettoyage <input type="checkbox"/> Inertage à la vapeur <input type="checkbox"/> Inertage à l'azote <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):.....		3.4 Précautions par Autorité de Zone Systèmes feu et gaz inhibés <input type="checkbox"/> ESD (Arrêt d'urgence) forcés <input type="checkbox"/> Coordination avec Autre Autorité de Zone <input type="checkbox"/> Préciser:..... 3.5 Précautions par Responsable d'exécution Gants-Bottes-Lunettes <input type="checkbox"/> Vêtements spéciaux <input type="checkbox"/> App. Resp. Isolant (ARI) <input type="checkbox"/> Masque à cartouche <input type="checkbox"/> Combinaison anti-acide <input type="checkbox"/> Protection auditive <input type="checkbox"/> Couverture de protection <input type="checkbox"/> Zone de travail balisée <input type="checkbox"/> Éclairage adéquat <input type="checkbox"/> Personnel habilité <input type="checkbox"/> Supervision renforcée <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):.....		3.6 Sécurité Incendie Présence d'un agent de sécurité obligatoire <input type="checkbox"/> Extincteurs à proximité <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):..... 3.7 Protection de l'environnement Plan d'intervention en cas de pollution accidentelle <input type="checkbox"/> Plan de gestion des déchets / rejets <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier):..... 3.8 Évaluation de risques plus approfondie Nécessité d'une évaluation de risques plus approfondie et prise de mesures compensatoires <input type="checkbox"/> Évaluation de risques plus approfondie Réf. No:..... Endossement par l'Asset Manager <input type="checkbox"/>	
4 ISOLEMENT - DÉTAILS DES ISOLEMENTS EFFECTUÉS							
Isolement électrique <input type="checkbox"/> Certificat de Consignation Électrique No:..... No:..... No:..... Isolement process par vannes <input type="checkbox"/> Vanne simple <input type="checkbox"/> Double vanne et drain <input type="checkbox"/> Isolement mécanique ou positif <input type="checkbox"/> Bride <input type="checkbox"/> Platinage <input type="checkbox"/> Obturation <input type="checkbox"/> Déconnexion <input type="checkbox"/>		Tous les isolements process, mécaniques et électriques sont enregistrés sur le: Certificat de Confirmation d'Isolement No:.....					
5 APPROBATION DU PERMIS							
Le permis est approuvé pour une période de : (Jours consécutifs) (Période maximale d'approbation possible: 7 jours consécutifs) à compter du Date:..... sous réserve que toutes les précautions énumérées dans l'évaluation de risques soient prises.							
Autorité de zone Nom:..... Fonction:..... Date:..... Signature:.....		Autre Autorité de Zone Nom:..... Fonction:..... Date:..... Signature:.....					
Structure HSE ou Sécurité Nom:..... Fonction:..... Date:..... Signature:.....							
6 AUTORISATION DU DÉBUT DE TRAVAIL							
Je, Représentant de l'Autorité de Zone, déclare avoir personnellement contrôlé le site de travail ainsi que les précautions, et autorise le début du travail.							
Nom:..... Fonction:..... Signature:..... Du Date:..... Heure:..... Au Date:..... Heure:..... Période de validité du permis (1 Quart/Poste maximum)							
7 ACCEPTATION DU PERMIS PAR LE RESPONSABLE D'EXÉCUTION							
Je, Responsable d'Exécution, déclare avoir lu et compris les précautions. Je m'engage à les respecter et à les faire respecter par l'ensemble de mon personnel.							
Nom:..... Fonction:..... Date & heure:..... Signature:.....							
8 REVALIDATION DU PERMIS							
Toutes les autorisations de continuation/reprise de travail doivent être enregistrées au verso du permis							
9 DÉCLARATION DE SUSPENSION DU TRAVAIL ET ANNULATION DU PERMIS							
Le travail est suspendu pour les raisons suivantes:..... Le permis doit être annulé (Aller à la section 12 du permis)							
Nom:..... Fonction:..... Date:..... Heure:..... Signature:.....							
10 DÉCLARATION DE LA FIN DE TRAVAIL PAR LE RESPONSABLE D'EXÉCUTION							
Le travail est terminé. Le site est dégagé. L'équipement ayant fait l'objet de l'intervention est prêt à être remis en service.							
Nom:..... Fonction:..... Date:..... Heure:..... Signature:.....							
11 VÉRIFICATION ET APPROBATION DE LA FIN DE TRAVAIL PAR LE REPRÉSENTANT DE L'AUTORITÉ DE ZONE							
Le travail est terminé. Le site est dégagé. Les opérations normales peuvent reprendre sous réserve que les isolements soient enlevés, les systèmes feu et gaz inhibés et les systèmes ESD (arrêt d'urgence) forcés soient remis en service.							
Nom:..... Fonction:..... Date:..... Heure:..... Signature:.....							
12 ENREGISTREMENT DE LA FIN DU TRAVAIL ET ANNULATION DU PERMIS							
<input type="checkbox"/> Le travail est terminé <input type="checkbox"/> Le travail n'est pas terminé, un nouveau permis est nécessaire pour terminer ce travail.							
Toutes les copies du permis ont été rassemblées, ce permis est annulé.							
Nom:..... Fonction:..... Date:..... Heure:..... Signature:.....							
DISTRIBUTION Original: Responsable d'Exécution 1 ^{er} Copie: Affichage Point Central de Coordination des permis 2 ^{ème} Copie: Autorité de Zone 3 ^{ème} Copie: Structure HSE ou Sécurité							

8 REVALIDATION DU PERMIS

Le permis a été approuvé pour (Jours consécutifs) (Voir section 5 du permis) à compter du Date:..... sous réserve que les conditions du permis restent inchangées

Autorisation de continuation / reprise de travail

Transfert de responsabilité entre Quart/Poste

Jour	Période de validité du permis à indiquer par le Représentant de l'Autorité de Zone (1 Quart/Poste maximum)				Je, Représentant de l'Autorité de Zone, déclare avoir personnellement contrôlé le site de travail ainsi que les précautions. Les conditions du permis sont inchangées. J'autorise la continuation / reprise du travail.				A la fin de la période de validité du permis		
	Du		Au		Nom	Signature	Nom	Signature	Travail est terminé (Aller à la section 10 du permis)	Systèmes feu et gaz inhibés doivent être remis en service	Systèmes ESD forcés doivent être remis en service
	Date	Heure	Date	Heure							
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toutes les copies du permis doivent être rassemblées à la fin de la journée de travail

Approbation de changement de Responsable d'Exécution

Jour	Je, Représentant de l'Autorité de Zone, autorise le changement de Responsable d'Exécution.				Je, Responsable d'Exécution Reentrant, déclare avoir lu et compris les précautions. Je m'engage à les respecter et à les faire respecter par l'ensemble de mon personnel.			
	Date	Heure	Nom	Signature	Date	Heure	Nom	Signature

Enregistrement des contrôles effectués par la Structure HSE ou Sécurité

Jour	Date	Heure	Observations	Nom	Fonction	Signature