

ANNEXE 3 AU C.C.T.C.

DIRECTION DES TRAVAUX

Opération : Anapath S2 du CHU Jean MINJOZ

DEMANDE D'AUTORISATION DE PERCEMENTS N°(ML) / (numéro) (*)

DATE :

DEMANDEUR

LOT : INTITULE : ENTREPRISE :

RESPONSABLE ENTREPRISE : NOM : PRENOM :
TELEPHONE :

CONDUCTEUR TRAVAUX : NOM : PRENOM
TELEPHONE :

SIGNATURES :

PERCEMENTS

ZONE CONCERNEE : NIVEAU : SERVICE :

DIMENSIONS DU PERCEMENT H : L :
ARASE INFÉRIEURE (si dans mur)

NATURE DU SUPPORT :

- ☐ dalle haute
☐ mur en maçonnerie
☐ mur en béton

NATURE DES TRAVAUX A REALISER (PASSAGE DE GAINES, TUYAUTERIES, DIAMETRES...)

DATE A LAQUELLE LE PERCEMENT DOIT ETRE REALISE :

REFERENCE DU PLAN DE REPERAGE JOINT EN ANNEXE

AVIS

AVIS DU MAITRE D'OEUVRE

- ☐ accord pour réalisation du percement sans mise en œuvre de renfort
- ☐ accord pour réalisation du percement avec mise en œuvre de renfort
- ☐ refus de réalisation du percement

OBSERVATIONS :

DATE :

NOM + SIGNATURE

NOTA :

Toute demande non accompagnée de plans de repérage sera immédiatement rejetée

Ce document vise à faciliter le déroulement du chantier et est susceptible d'être amélioré en cours de chantier

(*) N° = N° lot émetteur/N° ordre