



PERMIS DE PENETRER EN ESPACE CONFINE

Adresse de l'intervention :

Permis N°:

Coordonnées GPS : N

E

Description du travail à réaliser :

Durée prévue de l'intervention :

____ H ____ mn

Description de l'ouvrage

Longueur :

Largeur :

Profondeur :

Dimension de l'accès :

Ø : L x l :

Volume total : ____ m3

Type d'ouvrage :

Galerie de vidange ☐ , de prise d'eau ☐, Souterrain ☐ , Aqueduc ☐ , Rigole ☐

Conditions météorologiques le jour de l'intervention :

PREPARATION AVANT INTERVENTION

Visite préalable réalisée le :

Risques identifiés :

Routier/ circulation : ☐Bactériologique : ☐Chute de hauteur : ☐Noyade : ☐Chute d'objet : ☐Chimique : ☐Chute de plain-pied : ☐Electrique : ☐Asphyxie : ☐Mécanique : ☐Intoxication : ☐Co-activité : ☐Explosion : ☐Autre : ☐

Qualité de l'ouvrage :

Propre : ☐A nettoyer : ☐Consignation hydraulique demandée : OUI ☐ NON ☐

____/____/20__

En présence de :

Maitre d'ouvrage : ☐Maitre d'œuvre : ☐Exploitant : ☐Autre : ☐

A préciser :

PREPARATION DE MATERIEL / EQUIPEMENT REQUIS

	Demandé	Fait		Demandé	Fait
Balisage chantier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation	m3/h : ____ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casque avec jugulaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trépied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stop chute	long : ____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gants de manutention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnais	Nb : ____ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gants égoutier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Détecteur 4 gaz	Nb : ____ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masque auto sauveteur	Nb : ____ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bottes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lampe Frontale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuissardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lampe portative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masque anti poussière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eclairage 24 Volts	Long : ____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talkie / Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : ____	Klaxon poire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIGNES PARTICULIERES

N° APPEL URGENCE 18 / 112

Personne à contacter en cas d'incident

Nom/prénom :

Téléphone :

VENTILATION FORCEE : heure de mise en route ⇒ ____ H ____ mn Temps de ventilation ⇒ ____ mn

VENTILATION NATURELLE : heure ouverture trappe(s) ⇒ ____ H ____ mn CHASSE D'EAU DANS CONDUIT : OUI ☐ NON ☐

CONTRÔLE D'ATMOSPHERE (à minima bas, milieu, haut)

HEURE	Réalisé par :	O ² < 19,5%*	H ² S > 10 ppm*	CO > 20 ppm*	(CH ₄) LIE > 10%*

SURVEILLANT / INTERVENANT(S)

Début d'intervention		Surveillant	Intervenant 1	Intervenant 2
Date	Heure			
		Nom, prénom, Signature	Nom, prénom, Signature	Nom, prénom, Signature
Fin d'intervention		Surveillant	Intervenant 3	Intervenant 4
Date	Heure			
		Nom, prénom, Signature	Nom, prénom, Signature	Nom, prénom, Signature

*Reporter la valeur la plus défavorable de l'ensemble des points de contrôles