



DEMANDE DE LAISSEZ-PASSER CEA

V2024

Accès centre demandé

Pièces exigées:

1^{ère} demande (toutes les pièces demandées)Renouvellement (pièce soulignée uniquement)☐ Imprimé demande de Laissez-Passer☐ Photocopie pièce identité Recto/Verso☐ Imprimé demande d'avis de sécurité – Formulaire EA (pour une 1^{ère} demande)ENTREPRISE **Company**

N° SIRET

DUNS number

Raison Sociale

Company name

Adresse

Address

Ville

Town

Code postal

Postal code

N° Tel Entreprise

Tel Number

Mail Entreprise

Mail

BENEFICIAIRE de l'ENTREPRISE

Nom

Family name

Prénom

First name

Nom d'usage

Customary name

Date de naissance

Date of birth

Profession

Profession

Tel professionnel

Business phone

N° SS (si catégorie A/B)

Cas de SOUS TRAITANCE par l'entreprise titulaire

Sous-traitant de

Subcontractor for

N° de contrat

Contract number

Cas du PERSONNEL INTERIMAIRE

N° SIRET

DUNS number

Société d'intérim

Interim company

Date de fin de contrat

End date of contract

SENSIBILITE du contrat **Cadarache, Fontenay, Marcoule, Saclay**

Habilitation au secret

OUI ☐NON ☐

Si oui, envoyer par message chiffré le certificat d'habilitation à l'officier de sécurité du site

Nature des missions

INFORMATIONS POUR LES ACCES MARCOULE ET CADARACHE

Catégorie

Médicale

A ☐B ☐NC ☐NE ☐Travailleurs en détachement
transnational☐ Copie de la déclaration de détachement☐ Engagement du dirigeant

Marcoule

☐ Copie contrat (pour intérim)☐ Attestation employeur cosignée

employeur/employé/convention (stage...)

Travailleurs de catégorie A, B, NC☐ Attestation d'aptitude Médicale☐ Certificat de formation en radioprotection pour catégorie

A ou B

☐ Attestation de formation en radioprotection pour les
catégories NC

Cadarache

☐ Copie contrat (pour intérim)☐ Attestation employeur cosignée

employeur/employé/convention (stage...)

DOT N° :**Fin de validité DOT :**☐ Attestation suivi formation protection
physique☐ Attestation suivi formation sécurité**Travailleurs de catégorie A, B**☐ Attestation aptitude médicale

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE

J'atteste que le bénéficiaire indiqué ci-dessous est employé par l'entreprise que je représente. Ce salarié est appelé à travailler sur le Centre CEA dans le cadre du contrat mentionné ci-après par le donneur d'ordre

Nom Prénom

Fonction

Signature