



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 siteNature des missions

INFORMATIONS POUR LES ACCES MARCOULE ET CADARACHE

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

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			

Cadre réservé au Donneur d'Ordre

- ☐ 1ère Demande - nouveau contrat (accompagnée de l'ensemble des pièces page 1)
- ☐ Renouvellement (et si changement entreprise/installation, statut)
(avec remise des pièces soulignées page 1)

INFORMATIONS SUR LE CONTRAT**Organisme demandeur ***BLG ☐ CEA ☐ EURISOTOP ☐ FRAMATOME ☐ IRSN ☐ ORANO DEM ☐ TA ☐

AUTRE (FAR, GRE uniquement)

Période souhaitée pour l'accès sur site (la date de fin doit être inférieure ou égale à la celle du contrat/convention)

Date de début

Date de fin *

Contrat / convention

N° contrat *

Date de fin contrat *

Objet du contrat *

Chargé d'affaires (donneur d'ordre)

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

Sensibilité

Libre ☐Sensible ☐Secret (S) ☐Très Secret (TS) ☐**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES****Accès aux systèmes d'information ***

Besoin Compte informatique sur le site *

OUI

NON

Si oui, quelle unité d'affectation ? *

Badge

L'accédant dispose déjà d'un badge CEA

OUI (actif sur un autre centre CEA) ☐NON ☐

Si oui quel centre ?

Numéro du badge

Présence sur site *☐ Permanente☐ Ponctuelle

Précisez

☐ Fréquente (plusieurs accès par semaine)**Validation par le responsable de l'accès***Personne habilitée, de l'unité CEA ou de l'unité hébergée, à signer les accès longue durée*

Nom

Prénom

Dépt/service

Date

Fonction

Signature

Signature du Correspondant Sécurité*Requise si marché à sensibilité
(marché non Libre)***Signature bureau
de l'Officier de sécurité****Signature bureau des Badges****Transfert du dossier au bureau de l'OS**

(*) Cochez ou renseignez obligatoirement une des cases.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à délivrer un titre d'accès à un site CEA. Le destinataire des données est le CEA/site nommé dans le formulaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06/01/78, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au bureau de l'Officier de Sécurité du site CEA concerné



FORMULAIRE D'ENQUÊTE
ADMINISTRATIVE
ADMINISTRATIVE INQUIRY FORM
V2024

conforme 35 mm x 45mm(l *h) ou JPEG (50Ko max)
***obligatoire**

Accès centre demandé*

Les champs marqués d'une * doivent être impérativement renseignés *Fields marked with a * must be filled*

DEMANDEUR (à renseigner par l'accédant)

Joindre obligatoirement la photocopie recto verso de la pièce d'identité ⁽¹⁾
en cours de validité.

⁽¹⁾ **Carte Nationale d'Identité / Passeport / Titre de séjour**

Les éléments indiqués ci-dessous en **LETTRES MAJUSCULES** doivent
être **conformes à la pièce d'identité.**

APPLICANT (form to be completed by the applicant)

*Valid double-sized ID photocopy to be provided with the
authorization access form*

⁽¹⁾ *Identity card / passport / residence permit*

Document to be completed using capital letters only

Nom de naissance * <i>Surname (at birth) *</i>		Prénom * <i>First name *</i>	
Nom d'usage <i>si ≠ du nom de naissance *</i> <i>Current surname (if not birth one *)</i>		Autres prénoms <i>Middle name</i>	
Date de naissance * <i>Date of birth (dd/mm/yy) *</i>		Lieu de naissance * <i>Place of birth *</i>	
Code postal du lieu de naissance * (99999 si né(e) à l'étranger) <i>Place of birth zip code (99999 if born abroad) *</i>		Pays de naissance * <i>Country of birth *</i>	
Femme* <i>Female*</i> Homme* <i>Male*</i>	Nationalité actuelle * <i>Current nationality *</i>	Nationalité d'origine <i>Original nationality *</i>	
Pièce d'identité ⁽¹⁾ * <i>Identity document *</i>	Carte d'identité <i>Identity card</i>	Passeport <i>Passport</i>	Titre de séjour <i>Residence permit</i>
	N°* : <i>ID number *</i>	Date de délivrance * : <i>Date of issue *</i>	
	Lieu de délivrance <i>Place of issue</i>		
Adresse de résidence (n°- voie) * <i>Home address (n° - street) *</i>			
Ville * <i>City*</i>	Code Postal * <i>Post code *</i>	Pays * <i>Country*</i>	
N° de téléphone * <i>Phone number/Mobile phone*</i>		Adresse mail * <i>Email address *</i>	
Véhicule principal <i>Main vehicle</i>	Marque <i>Brand</i>	Modèle <i>Model</i>	N° immatriculation <i>Registration number</i>

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes. Je reconnais avoir été informé que ce formulaire est destiné à la réalisation d'une enquête administrative en application de l'article R.114-4 du code de la sécurité intérieure. Le résultat de cette enquête conditionne l'autorisation d'accès sur les sites du CEA. Le CEA se réserve le droit de renouveler l'enquête pendant la période de validité de l'autorisation d'accès dans le cadre d'un même contrat. Le droit d'accès aux informations vous concernant, tel que prévu par la loi n°78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce de façon indirecte auprès de la CNIL

I certify that the above information is correct. I acknowledge that I have been informed that this form is intended for an administrative inquiry pursuant to Article R.114-4 of the French Internal Security Code. The outcome of this inquiry is a condition for authorizing access to CEA sites. The CEA reserves the right to renew the investigation during the period of validity of the access authorization within the framework of the same contract. The right of access to information concerning you, as provided by law n°78 - 17 of January 6, 1978 relating to data processing, data files and individual liberties, may be exercised indirectly by contacting the CNIL

CNIL : 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris CEDEX 07.

EMPLOYEUR AU MOMENT DE L'ACCÈS (à renseigner par l'employeur ou à défaut par le demandeur)

WORKING STATUS OF THE APPLICANT (to be filled in preferably by the employer at the time of access, otherwise by the applicant)

Raison sociale * <i>Name of company/school/organization) *</i>	
Profession de l'intervenant * <i>Job title *</i>	
N° de SIRET de l'employeur (14 chiffres) <i>Obligatoire pour les entreprises françaises *</i> <i>SIRET number (14 figures) Mandatory for French Companies *</i>	
Adresse postale complète (<i>Obligatoire si entreprise non française</i>) * <i>Full postal address (Mandatory for foreign Companies) *</i>	
Ville <i>City</i>	Code Postal <i>Post code</i>
Pays <i>Country</i>	

SIGNATURE DE L'ACCEDANT

RENSEIGNEMENTS PAR L'UNITÉ CEA OU L'UNITÉ EXTERNE HEBERGEE

CARACTERISTIQUES DE L'INTERVENTION PREVUE SUR LE SITE

Date de début * <i>au plus tôt</i>	Date de fin * <i>au plus tard</i>
Unité d'affectation * <i>Ex. : DIR/SVCE/LABO</i>	Lieu d'intervention * Site Bâtiment Installation

Résumé de l'activité
sur le centre *

ORGANISME DE RATTACHEMENT	STATUT	SOUS-STATUT
	CDI	Convention de travail CT Mise à disposition MAD
	CDD	Contrat à durée déterminée sauf PSD/TH CDD Post-doctorant PSD Thésard TH Conseiller scientifique CS Contrat alternance/professionnalisation CA Stagiaire ST
	Retraité	RE.RE
	Intérimaire	IN.INT
 IRSN Eurisotop ORANO DEM TechnicAtome BLG Framatome Autre organisme hébergé Précisez (Pour FAR et GRE uniquement)	ORGANISME HEBERGE	CDI OH.CT Mise à disposition OH.MAD CDD OH.CDD Post-doctorant OH.PSD Thésard OH.TH Alternant OH.CA Stagiaire OH.ST Intérimaire OH.INT
COLLABORATEUR EXTERIEUR	COLLABORATEUR	CDI CE.CT Mise à disposition CE.MAD CDD CE.CDD Post-doctorant CE.PSD Thésard CE.TH Alternant CE.CA Stagiaire CE.ST
ENTREPRISE EXTERIEURE (LPE, STARTUP)	ENTREPRISE EXT	Salarié EE.EXT Alternant EE.CA Stagiaire EE.ST Intérimaire EE.INT
AUTRE	Je n'ai pas identifié le statut pour le dossier à traiter	

CADRE RELATIF A LA PROTECTION DU POTENTIEL SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE LA NATION *

	OUI	NON
Le candidat va-t-il devoir accéder (accès physique ou virtuel) à une Zone à Régime Restrictif (ZRR) ?		
Si OUI, le candidat doit-il accéder au Potentiel Scientifique et Technique (PST) de la Nation des ZRR concernées ? Si OUI, transmettre le dossier d'accès en ZRR à l'Officier de Sécurité		

Signature du Correspondant Sécurité (CS) requise pour évaluer le risque PST de l'accès en ZRR

	OUI	NON
Si le candidat est de nationalité étrangère, y-a-t-il un accord de collaboration internationale ?		
Si OUI, indiquez lequel		

Si accès pour recrutement, collaboration CEA ou organisme hébergé, origine du financement

Validation par le Responsable de l'Unité <i>Personnes habilitées de l'unité CEA ou organisme hébergé à signer les accès longue durée</i>	Validation par l'Officier de Sécurité de centre
Nom et Prénom (Cachet et signature)	Nom et Prénom de l'Officier de Sécurité ou de son délégataire (Cachet et signature)