

Procédure de contrôle des énergies / Cadenassage

Doit être complétée par le responsable du cadenassage désigné par le maître d'œuvre ou l'employeur ayant autorité sur l'établissement, **avant** le début des travaux.



Identification	
Fiche n° :	
Équipement concerné :	Localisation :
Travaux à exécuter :	
Date de placement du cadenas :	Date prévue d'enlèvement du cadenas :

Risques : <input type="checkbox"/> Chimique <input type="checkbox"/> Mécanique <input type="checkbox"/> Thermique <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Hydraulique <input type="checkbox"/> Pneumatique <input type="checkbox"/> Gravitationnelle <input type="checkbox"/> Autres (mixte, radiations vents, etc.)	Mesures préventives (équipements de protection individuelle) : <input type="checkbox"/> Protection faciale _____ <input type="checkbox"/> Protection respiratoire _____ <input type="checkbox"/> Protection auditive _____ <input type="checkbox"/> Protection des mains _____ <input type="checkbox"/> Vêtement de protection (produits chimiques, arc électrique) _____ <input type="checkbox"/> Autres _____ _____
--	--

Mise à zéro des énergies et cadenassage						
<input type="checkbox"/> Aviser les personnes concernées <input type="checkbox"/> Délimiter la zone de travail						
N°	Énergie	Identification et localisation du dispositif de commande	Identification et localisation du point de coupure	Matériel de cadenassage (quantité / type)	Instructions de cadenassage	
					Désactivation et arrêt complet	Énergie résiduelle (dissipation / purge)
A						
B						
C						

Instructions de validation (essai de démarrage / mesure de tension / vérification) : _____

Décadenassage et remise en opération

Aviser les personnes concernées

N°	Énergie	Point de coupure	Instructions de décadernassage	Retrait du matériel de cadernassage
A				
B				
C				

Complétés Oui Non

Si non, voir les instructions du responsable du cadernassage, dans la partie des commentaires.

Commentaires : _____

Nom du travailleur autorisé : _____

Signature : _____

Nom du travailleur autorisé : _____

Signature : _____

Nom du responsable du cadernassage : _____

Signature : _____

Date d'enlèvement du cadernas : _____

**Voir les instructions du responsable du cadernassage,
lors d'une rotation du personnel, dans la partie des commentaires.**