



COLLÈGE INTERRÉGIONAL n° 3

Régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne,
Lorraine, Alsace, Bourgogne, Franche-Comté

Dossier d'habilitation
**d'intervenant en prévention
des risques professionnels**

- Personne morale -

Raison sociale:
N° SIRET
Code APE :

Compétence(s) demandée (s) pour l'habilitation*:

- médicale technique organisationnelle

* cochez la ou les cases

Réservé au secrétariat du Collège

N° du demandeur :
Date de l'accusé de réception de la demande : / /
Date d'envoi du dossier d'habilitation : / /
Date de réception du dossier d'habilitation : / /

Demande recevable **demande non recevable**
Date de la décision : / / signature et cachet du Collège Interrégional

Sommaire

Informations à destination du candidat	3
Attestation sur l'honneur	5
Engagement	6
Présentation et descriptif des activités	7
Descriptif :	
→ des ressources	13
→ du système qualité	16
Liste des documents jointes	17

Informations

À DESTINATION DU CANDIDAT

Le dossier d'habilitation d'intervenant en prévention des risques professionnels que vous venez de recevoir a pour but de vous aider à décrire le plus précisément possible les ressources et moyens que vous êtes susceptible de mettre en œuvre ainsi que vos références d'intervention afin de permettre au Collège Interrégional de se prononcer en toute connaissance de cause.

C'est à partir des informations que vous aurez réunies dans le présent dossier que le jury décidera de délivrer l'habilitation demandée. Aussi efforcez-vous de répondre avec précision aux questions qui vous sont posées afin de décrire votre activité et les moyens que vous mobilisez pour la mettre en œuvre.

Les informations contenues dans ce dossier sont de votre propre responsabilité et resteront détenues confidentiellement par le secrétariat du Collège Interrégional.

L'envoi de ce dossier ne vaut pas acceptation par le Collège Interrégional de la demande d'habilitation

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce dossier. Elle garantit un droit d'accès et de rectification vous concernant auprès du service qui vous a remis le dossier de demande.

Le présent dossier comporte trois éléments essentiels :

■ **le descriptif des activités :**

■ **le descriptif des ressources**

■ **le descriptif du système Qualité déployé**

Vous devez remplir **la totalité de ce dossier** dans tous les cas, que l'habilitation IPRP faisant l'objet de votre demande relève de compétence médicale et/ou technique et/ou organisationnelle.

Le collège Interrégional prendra sa décision à partir de l'analyse des informations que vous lui aurez fournies.

Attention

Tout au long du présent dossier, des questions vous sont posées et des espaces sont prévus pour les réponses.

S'ils sont insuffisants, vous pouvez ajouter des feuillets supplémentaires. Sur chacun vous rappellerez votre raison sociale ainsi que le numéro de la question qu'il complète. Vous en récapitulerez la liste page 17.

Vous êtes également parfois invité à joindre des documents. Vous en récapitulerez **également la liste page 17.**

VOTRE CONTACT :

Secrétariat du Collège Interrégional n° 3

☎ : 03.20.05.65.06

Fax : 03.20.05.79.30

Courriel : pascale.fasquelle@cram-nordpicardie.fr

ATTENTION

Ce dossier doit être envoyé **en trois exemplaires** soit à la CRAM, soit à l'ARACT, soit à l'OPPBT de votre région.

Attestation

SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) :

.....
.....

Agissant en qualité de :.....

.....

de la Société.....

ou de l'Association :

déclare sur l'honneur :

- *avoir formulé la demande ci-dessous*
- *ne pas avoir déposé plus d'une demande d'habilitation d'intervenant en prévention des risques professionnels durant les douze derniers mois ou dans un autre collège interrégional,*
- *l'exactitude de toutes les informations figurant dans le présent livret.*

Fait à :

le :

Signature et cachet

Engagement

La Société :

ou

L'Association :

Adresse :

Représentée par :

Agissant en qualité de :

☎ : Courriel :

- **Demande l'habilitation d'intervenant en prévention des risques professionnels pour la ou les compétence(s) suivante(s) :**
(cochez la ou les cases)

médicale

technique

organisationnelle

- **Autorise, en cas d'habilitation, la publication de ses coordonnées (Raison sociale, adresse, adresse courrier électronique, nom et prénom de la personne responsable, domaine(s) d'habilitation) sur les sites internet des organismes membres du Collège d'habilitation.**

OUI

NON

- **S'engage à faire intervenir, dans les missions qui seront acceptées, du personnel formé et qualifié.**
- **Garantit l'indépendance dans l'exécution de ses interventions.**

Fait à :

le :

Signature et cachet

RAISON SOCIALE :

1. PRESENTATION ET DESCRIPTIF DES ACTIVITES

1.1 ORGANISATION DE LA SOCIETE OU DE L'ASSOCIATION

1.1.1 STATUT JURIDIQUE

1.1.2 INSTANCES RESPONSABLES

(ex : composition du Conseil d'Administration, instances de Direction)

RAISON SOCIALE :

1.2 LES ACTIVITES EXERCÉES

1.2.1 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DEPLOYÉES EN LIEN AVEC LE OU LES DOMAINES D'HABILITATION (références ou exemples d'actions menées)

RAISON SOCIALE :

1.2.2 DESCRIPTION DES AUTRES ACTIVITÉS

1.2.3 PARTS RESPECTIVES DES ACTIVITÉS EN LIEN AVEC L'HABILITATION ET DES AUTRES ACTIVITÉS
PERSPECTIVES ET DÉVELOPPEMENTS ATTENDUS

Joindre le rapport d'activité de l'année n – 1 (facultatif)

RAISON SOCIALE :

1.3 ORGANIGRAMME

1.3.1 DECRIVEZ L'ORGANIGRAMME DE VOTRE SOCIETE

1.3.2 NOMBRE DE POSTES ETP (équivalents temps plein) au 31 décembre (n – 1)

1.3.3 NOMBRE DE RECRUTEMENTS SUR EMPLOIS PERMANENTS DEPUIS LE 1^{er} JANVIER n

RAISON SOCIALE :

1.3.4 DESCRIPTION DES RESPONSABILITES HIERARCHIQUES

(suppléances et remplacements)

1.3.5 MODALITES DE RECOURS EVENTUELS A LA SOUS-TRAITANCE

RAISON SOCIALE :

1.4 QUALIFICATIONS OBTENUES AU NIVEAU DE LA SOCIETE OU DE L'ASSOCIATION

Mentionner les certifications, labels et accréditations obtenus

RAISON SOCIALE :

2. DESCRIPTIF DES RESSOURCES

2.1 LES RESSOURCES EN PERSONNEL

(personnel dont l'activité est en lien avec la demande d'habilitation IPRP)

Nom Prénom	Date de naissance	Fonction dans la Société ou dans l'Association	Depuis le ... Préciser CDI / CDD	Temps plein ou partiel	Diplômes Titre certificats (Formation Initiale et continue)	Année et Lieu d'obtention	Compétences			Compléments d'informations sur le domaine d'intervention (ergonomie,hygiène industrielle, sécurité, etc) <i>(facultatif)</i>	Références individuelles complémentaires éventuelles
							M	T	O		

Joindre les photocopies des diplômes, titres, certificats

A développer dans des fiches individuelles renseignant chacune de ces rubriques

RAISON SOCIALE :

2.2 MOYENS SUSCEPTIBLES D'ETRE MIS EN OEUVRE

Décrivez les ressources dont vous disposez pour intervenir en prévention des risques professionnels

2.2.1 MOYENS TECHNIQUES

(Laboratoires, outils de mesure...)

2.2.2 RESSOURCES DOCUMENTAIRES

(Exemples d'études, de documents de référence réalisés par vos soins et autres ressources documentaires disponibles)

RAISON SOCIALE :

2.2.3 PARTENARIATS

(Conventions signées, objet et nature des engagements réciproques)

2.3 REFERENCES

Mentionnez vos références d'interventions dans le ou les domaines concernés par votre demande d'habilitation.

RAISON SOCIALE :

3. DESCRIPTIF DU SYSTEME QUALITE

Joindre les documents formalisant les buts et objectifs de la personne morale : missions statutaires ou réglementaires, objectifs d'activité.

3.1 DESCRIPTION DE LA PROCEDURE D'ENGAGEMENT D'UNE MISSION OU D'UNE INTERVENTION

(Formalisation des cahiers des charges, formulaires d'engagement)

3.2 DESCRIPTION DE LA PROCEDURE DE RESTITUTION DES RESULTATS DES INTERVENTIONS AUX COMMANDITAIRES

3.3 DISPOSITIONS MISES EN ŒUVRE POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITE

RAISON SOCIALE :

Vous récapitulerez ci-dessous les feuillets supplémentaires qui vous ont été nécessaires pour répondre aux questions. Il vous est rappelé qu'il faut indiquer en tête de chaque feuillet votre raison sociale et le numéro de la question qu'il complète.

■ **Feuillets supplémentaires**

Question n°	Nombre de feuillets

liste

DES DOCUMENTS JOINTS

■ **Vous listerez ci-dessous les documents complémentaires que vous avez joints à votre dossier (notamment la lettre de motivation).**

**DEMANDE D'HABILITATION EN TANT QU'INTERVENANT
EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003
(Articles R. 241-1-1 et suivants du code du travail)

Nom, prénom (personne physique) :

Raison sociale (personne morale) :

Nature juridique ou statut de la personne morale :

Nom du responsable de la personne morale :

Adresse :

.....

Téléphone : Fax :

E-mail :

Première demande **Demande de renouvellement** (ne concerne que les personnes morales)

Domaine(s) de compétence : **Médical** **Technique** **Organisationnel**

Le demandeur atteste ne pas avoir déposé de demande :

- dans un autre collège**
- durant les douze derniers mois précédant le présent dépôt**

Date :

Signature du demandeur :

Pièces à joindre :

- **pour les personnes physiques** : photocopie des titres et diplômes et/ou documents témoignant d'une expérience professionnelle ;
- **pour les personnes morales** : fiche descriptive des ressources humaines et techniques consacrées à la santé et à la sécurité au travail et bilan d'activité en cas de demande de renouvellement ;
- pour tous les demandeurs : • **lettre de motivation, mettant en évidence l'expérience acquise dans le domaine de la prévention, une bonne connaissance du milieu du travail, les compétences et les moyens nécessaires à l'exercice de la mission du demandeur (préservation de la santé, de la sécurité des salariés, amélioration des conditions de travail dans un objectif exclusif de prévention)**

• **une déclaration d'intérêt** (déclaration sur l'honneur) **garantissant**

l'indépendance du demandeur. Ce document doit comporter les informations suivantes :

- . les activités exercées par le demandeur donnant lieu à rémunération personnelle autres que celles liées à la fonction déclarée,
- . la conduite ou la participation à des missions particulières (travaux scientifiques, rapports d'expertise, activités de conseil, etc.),
- . les activités donnant lieu à un versement au budget d'une institution (une association par exemple),
- . le cas échéant, d'autres liens, familiaux, associatifs, etc...
- . l'absence de mandat électif (CHSCT ou CTR)

(En cas d'absence d'intérêt, le spécifier sur la déclaration en reprenant tous les points ci-dessus)

Dossier à transmettre **en trois exemplaires** à l'Organisme le plus proche du lieu où le candidat a son siège ou exerce son activité principale (CRAM – ARACT – OPPBTP)