

**PLAN DE PRÉVENTION**  
des risques liés aux entreprises extérieures  
(Articles R4512-6 à R4512-12 du code du travail)

Entreprise utilisatrice		
Raison sociale :		
Adresse :		
Tel :	Fax :	E-mail :
Représentée par :		

Entreprise extérieure		
Raison sociale :		
Adresse :		
Tel :	Fax :	E-mail :
Représentée par :		

Travaux à effectuer	
Date d'intervention :	Horaires d'interventions :
Nombre d'intervenants	Durée d'intervention :
Description des travaux :	
.....	
.....	
.....	
.....	

Inspection préalable en date du :
Personne (s) présente (s) : .....
.....
Commentaires :
.....
.....

## Analyse de risques dus aux installations et aux activités de l'entreprise utilisatrice (EU) et des entreprises extérieures.

Type de risque	Risque présent ?	Généré par	Moyens de contrôle et de prévention	Mise en place par
Chute de hauteur (travail en toiture, échafaudage...)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Effondrement ou ensevelissement (terrassement, tranchée...)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Électrocution (travaux sous tension, proximité de lignes...)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Incendie ou explosion (produits inflammables, travaux par point chaud...)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Produits chimiques dangereux ou toxiques (solvants, amiante, plomb, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Rayonnements ionisants	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié à des travaux exposant à un niveau d'exposition sonore quotidienne supérieure à 85dB ou à une pression acoustique de crête supérieure à 135 dB	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Atmosphères confinées ou toxiques (cuves, silos, égouts...)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
De levage de charges lourdes	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
De démolition, désamiantage ou déplombage	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié à la circulation interne de véhicule	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque biologique	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié à des travaux de montage, démontage d'éléments préfabriqués lourds	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE

risque lié à des travaux de maintenance sur des installations à très haute ou très basse température	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque de noyade	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié à des travaux comportant le recours à des appareils de levage, installés au-dessus d'une zone de travail ou de circulation	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié à des travaux d'installation ou de maintenance sur les équipements de travail	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
risque lié aux travaux en milieu hyperbare	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Travail isolé	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE
Autres :	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE		<input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> EE

### Modalités de coordination pendant l'intervention

#### Coordination conjointe assurée par les référents désignés ci-dessous :

- **Référent sécurité – Entreprise utilisatrice (EU) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Contact (téléphone/email) : \_\_\_\_\_

- **Référent sécurité – Entreprise extérieure (EE) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Contact (téléphone/email) : \_\_\_\_\_

#### Moyens de communication pendant l'intervention (cocher ou préciser) :

Téléphone portable  Radio / Talkie-walkie  Réunions régulières

Autres : \_\_\_\_\_

Fréquence des échanges ou points de coordination (si intervention longue ou sensible) :

Quotidienne  Hebdomadaire  En cas de modification du plan

Autres : \_\_\_\_\_

### Organisation des secours

Personnes à prévenir	Numéro
<b>SAMU (15 ou 112) Pompiers (18) Police (17)</b>	

### Equipements à l'usage des salariés des entreprises extérieures (EE)

#### Liste des installations mises à disposition par l'EU

Types d'installations	OUI	NON	Conditions d'utilisation
Vestiaires/Sanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Local de restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lieu de stockage des produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres installations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Compléter ce tableau avec une annexe si nécessaire

**Validation du plan de prévention :**

Les travaux ne peuvent être entrepris qu'après accord des employeurs sur les mesures prévues.

Nom des entreprises EU et EE	Nom du signataire	Qualité du signataire	Signature	Date de signature