

Nom clé de l'établissement :

N° de Protocole :

--	--	--	--

Interne Passive Active

Id Site			
---------	--	--	--

Réservé à l'IRSN

Réservé à l'IRSN

ANNEXE N° 1

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES ACCÉDANTS AU SYSTÈME SISERI

ETABLISSEMENT

Raison sociale ou nom : _____																				
N° SIRET (de l'établissement) : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Chef d'établissement (Nom/Prénom) : _____																				
Adresse : _____ _____																				
Code Postal : _____ Ville : _____																				
Téléphone : _____ Télécopie : _____																				

Merci de compléter les informations relatives à votre établissement et à l'activité de vos salariés sur le questionnaire de dernière page.

“Le Chef d'établissement reconnaît avoir pris connaissance du Protocole d'accès au système d'information SISERI et déclare l'avoir accepté”.

Fait à _____ le _____

Le Chef d'établissement
(signature)

PIÈCES À FOURNIR :

Photocopie de la pièce d'identité du Chef d'établissement

Document attestant de la qualité du Chef d'établissement à agir au nom et pour le compte de l'entreprise

A RENVOYER À L'INSTITUT DE RADIOPROTECTION ET DE SÛRETÉ NUCLÉAIRE

Direction de la radioprotection de l'homme - Service d'études et d'expertise en radioprotection - USEP/ SISERI
BP 17 - 92262 Fontenay-aux-Roses Cedex

MÉDECINS DU TRAVAIL

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____

* Sur 10 chiffres minima

** Si différente de celle de l'établissement

PERSONNES COMPÉTENTES EN RADIOPROTECTION

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____
<input type="checkbox"/> Envoi et consultation des informations dosimétriques***	
<input type="checkbox"/> Consultation seulement des informations dosimétriques***	

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____
<input type="checkbox"/> Envoi et consultation des informations dosimétriques***	
<input type="checkbox"/> Consultation seulement des informations dosimétriques***	

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____
<input type="checkbox"/> Envoi et consultation des informations dosimétriques***	
<input type="checkbox"/> Consultation seulement des informations dosimétriques***	

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____
<input type="checkbox"/> Envoi et consultation des informations dosimétriques***	
<input type="checkbox"/> Consultation seulement des informations dosimétriques***	

Autorisation (réservé à l'IRSN) :	<input type="text"/>
Nom :	_____
Prénom :	_____
N° Sécurité sociale* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse** :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____
Courriel (obligatoire) :	_____
<input type="checkbox"/> Envoi et consultation des informations dosimétriques***	
<input type="checkbox"/> Consultation seulement des informations dosimétriques***	

* Sur 10 chiffres minima

** Si différente de celle de l'établissement

*** Cocher la case correspondante

LES SALARIÉS DE VOTRE ÉTABLISSEMENT SONT EXPOSÉS AUX RAYONNEMENTS IONISANTS

Au sein de votre établissement :

OUI

NON

Si oui, votre établissement est une INB
(Installation nucléaire de base)

Si non, dans un établissement à l'étranger

OUI NON

OUI NON

ACTIVITÉ PRINCIPALE ENTRAÎNANT UNE EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS DE VOS SALARIÉS (1 choix maxi)

Cycle du combustible

- Enrichissement et conversion de matière fissile
- Fabrication du combustible
- Exploitation des réacteurs électrogènes
- Retraitement du combustible
- Gestion des déchets et effluents
- Recherche cycle du combustible
- Démantèlement
- Autres

Santé et action sociale

- Services hospitaliers
- Soins dentaires
- Soins médicaux : diagnostic et radiologie
- Soins médicaux : médecine nucléaire
- Soins médicaux : radiothérapie
- Activités vétérinaires
- Service de médecine du travail
- Recherche médicale et pharmaceutique

Usages industriels

- Contrôles non destructifs
- Contrôles d'épaisseur, jauges de niveau
- Production et conditionnement de radionucléides
- Irradiation industrielle
- Autres

Sources naturelles

- Aviation civile
- Thermalisme
- Autres

Cycle nucléaire militaire

- Activités civiles de défense
- Activités militaires de défense

Transport de matières radioactives

- Transport pour le cycle nucléaire
- Transport de sources à usage médical

Autres catégories

- Enseignement, formation, recherche (autres que Cycle du combustible et Santé)
- Expertise et contrôle : établissements publics et organisations internationales
- Autres