

FICHE D'ENREGISTREMENT DU PERSONNEL D'ENTREPRISES

A remplir LISIBLEMENT et CORRECTEMENT par l'entreprise contractante pour TOUT arrivant
A présenter avant toute intervention au : Service Enregistrement du CERN – Site de Meyrin

Cern ID*	Sexe** : Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
NOM	Ville et pays de naissance	
Prénom (s)		
Date de naissance (JJ/MM/AA)	Etat civil** Marié <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Nationalité	Divorcé <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/>
Profession	Séparé <input type="checkbox"/>	Veuf <input type="checkbox"/>
Adresse mail :		

Contrat ou Commande Numéro :	Date d'effet :
Coordinateur technique CERN:	Code fournisseur :

Date d'arrivée (JJ/MM/AA)
Date de départ prévu (JJ/MM/AA)

Adresse du domicile Tél.

Adresse locale Tél

Personne à prévenir en cas d'accident Nom : Tél.

Passeport ou	Numéro:	Pays :
Carte d'identité nationale	Validité :	

Adresse interne Cern	Bât./Etage/Porte	Tél. interne	Portable :
Localisation lieu de travail	Suisse %	France %	
Entreprise contractante	NOM		
	Adresse		
	Pays		Tél.
Entreprise employeur en cas de sous-traitance ou de travail temporaire	NOM		
	Adresse		Tél
	Pays		

Si l'employé doit travailler en présence de rayonnements ionisants en Zones Contrôlées du CERN, complétez ce qui suit

- Est-il déjà enregistré comme une personne exposée aux rayonnements ionisants dans l'exercice de sa profession ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> **
Si OUI, Firme / Institut	depuis quand ?
- A-t-il travaillé au cours des 12 derniers mois en présence de rayonnements ionisants ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> **
Si OUI, joindre l'information sur les doses reçues pendant la période.	
- Possède-t-il un certificat médical, carnet de contrôle ou équivalent certifiant son aptitude pour travailler en Zone contrôlée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> **
Si OUI, joindre une copie	

TIMBRE DU SERVICE ENREGISTREMENT	VISAS POUR TRAVAIL EN ZONE CONTROLÉE
	Service Médical
	Radioprotection
	Film badge n° : Émis-le :

DATE	TIMBRE DE L'ENTREPRISE CONTRACTANTE
------	-------------------------------------

SIGNATURE DE L'EMPLOYE	DATE
* à compléter par le CERN	SIGNATURE DU RESPONSABLE
** Cocher la mention utile	