**Organisme demandeur - Entité détentrice du certificat**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Raison sociale |  | | |
| Adresse |  | | |
| Activités |  | | |
| SIRET |  |  |  |
| Code NAF |  |  |  |

**Identification du besoin de certification**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Norme ISO 9001 version 2015 (qualité)** | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | S1 | **S2** | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |
|  | **Norme ISO 14001 version 2015 (environnement)** | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | **S1** | S2 | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |
|  | **Norme ISO 45001(sécurité)** | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | S1 | S2 | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Norme ISO 19443 (sureté nucléaire)** | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | S1 | S2 | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Autre norme :** *précisez* | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | S1 | S2 | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |
|  | **Autre norme :** *précisez* | | | | | |
|  |  | Certification initiale | | | | |
|  |  | Transfert de certification | | | | |
|  |  | Dernier audit réalisé | In | S1 | S2 | Rn |
|  |  | Date audit réalisé |  | | | |
|  |  | Date 1ère certification |  | | | |

**Identifiez l’interlocuteur de QUALIANOR**

La personne identifiée ci-dessous par l’Entreprise représente l’Interlocuteur privilégié avec QUALIANOR. Ce représentant, dûment autorisé par l’Entreprise fournit les documents et informations requises pour répondre de manière précise au besoin exprimé Il certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements communiqués et l’authenticité des documents fournis à QUALIANOR.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom/Prénom |  | Fonction |  |
| Téléphone |  | Email |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fiche d’expression de besoin renseignée par** |  | **le** |  |

**ANNEXE**

**Informations indispensables à QUALIANOR pour répondre à votre besoin dans le cadre d’un Contrat de Certification**

|  |
| --- |
| **Nombre d’employés en équivalent temps plein**  Le nombre réel d’employés comprend tous les employés dont les activités entrent dans le domaine de la certification, y compris ceux effectuant un travail « posté ». Il doit également inclure les employés intérimaires et le personnel à temps partiel lorsqu’ils sont impliqués dans les activités de la portée de la certification |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CDI | CDD | Temps partiel | Intérim | Autres | TOTAL |
| Employés administratifs |  |  |  |  |  |  |
| Autres dont : |  |  |  |  |  |  |
| * employés travaillant en équipe en horaire normal (HN) |  |  |  |  |  |  |
| * employés travaillant en équipe en horaire « posté » (2x8 / 3x8 / 5x8) |  |  |  |  |  |  |
| * autres employés ne travaillant pas en équipe |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | oui | non |
| Avez-vous du **personnel parlant plus d’une langue** qui exigerait la présence d’un ou de plusieurs interprètes ou empêchant les auditeurs de travailler de manière indépendante ?  Si oui, précisez le pourcentage de personnel parlant plus d’une langue : |  |  |
| Avez-vous du **personnel travaillant "hors site"** (ex. commerciaux, chauffeurs,..) et pour lesquels 'il est possible d'auditeur correctement la conformité de leurs activités au système par un examen de dossiers ?  Si oui, précisez le pourcentage de personnel travaillant « hors site » : |  |  |

**Activité(s) & secteurs**

Libellé des activité(s) que vous souhaitez certifier (ce libellé apparaitra sur votre certificat)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | oui | non |
| Vos activités sont-elles peu **complexes (tâches simples)** ? |  |  |
| Avez-vous des processus impliquant des **activités similaires et répétitives** ?  Si oui, précisez le pourcentage de personnel effectuant des tâches ou occupe des postes considérés comme répétitifs : |  |  |
| Les activités à certifier intègrent-elles des activités de **conception** ? |  |  |
| Votre organisme intervient-il dans un **secteur très réglementé** tel que par exemple l’industrie alimentaire, médicale, aérospatiale, énergie nucléaire, etc… ?  Si oui, précisez le(s) différent(s) secteur(s) : |  |  |

**Activité(s) & secteurs (suite)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réalisez-vous des activités pour lesquelles dont la non-conformité de vos produits ou services peuvent représenter une **catastrophe économique** ou **mettre en danger des vies humaines** ?  *Si oui, précisez les activités à « haut risque » :* |  |  |
| Réalisez-vous des activités qui impliquent de visiter des **sites temporaires** afin de valider les activités du (des) site(s) permanent(s) dont le système de management fait l’objet de la certification ?  *Si oui, précisez le nombre de site(s) temporaire(s) concerné(s) :* |  |  |

**Organisation & management**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nbre de processus défini | Nbre de processus automatisé | Nbre de processus externalisé / sous-traité |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | oui | non |
| Avez-vous un système couvrant des **processus hautement complexes** ou un **nombre relativement important d’activités uniques** ?  *Si oui, précisez l’organisation de cette logistique (flux, sites,etc..) :* |  |  |
| Avez-vous une **logistique compliquée** concernant plus d’un batiment ou site ?  *Si oui, précisez l’organisation de cette logistique (flux, sites,etc..) :* |  |  |
| Votre organisme dispose t-il **de certification(s)** **en cours de validité** (système de management, services, etc..) ?  *Si oui, précisez pour chaque certification, le type, la date de certification initiale et l’organisme certificateur :* |  |  |
| Disposez-vous de site(s) **« virtuel(s) »** où vous travailez ou proposez un service au moyen d’un environnement en ligne permettant à des personnes d’exécuter des processus depuis n’importe quel emplacement physique?  *Si oui, précisez pour le nombre et type de site(s) « virtuel(s) » :* |  |  |

**Liens d’intérêt - Impartialité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | oui | non |
| Avez-vous bénéficié de prestation de conseil ou d’audit liée à la portée de certification au cours de 2 dernières années ?  *Si oui, précisez les dates et les organisme(s) sollicité(s) :* |  |  |

**ANNEXE**

**Informations complémentaires à compléter si concerné**

**Aspects environnementaux *(ISO 14001 uniquement)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vos activités impliquent-elles le **traitement de déchet dangereux, d’effluents ou eaux usées** ?  *Si oui, précisez la nature et les quantités des déchets traités :* |  |  |
| Avez-vous une **Installation Classée pour la Protection de l’Environnement (ICPE)** dans le périmètre de certification ?  *Si oui, précisez le régime (autorisation, enreigistrement, déclaration) et la nomenclature :* |  |  |
| Avez-vous deja enregistré un ou plusieurs **incident(s) ou accident(s) environnementaux** ?  *Si oui, précisez l’année, la nature de l’événement et les impacts sur l’environnement :* |  |  |

**Aspects sécurité *(ISO 45 001 uniquement)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taux de fréquence (Tf1) | Taux de gravité | Nbre déces sur les 5 derniers années |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous des travailleurs bénéficiant d’un **suivi individuel renforcé** ?  *Si oui, précisez le risque concerné et le nombre de travailleur concerné pour chacun des risques :* |  |  |
| Avez-vous des travailleurs concernés par un ou plusieurs facteurs de **pénibilité** ?  *Si oui, précisez les facteurs et le nombre de travailleur concerné pour chacun des critères :* |  |  |

**Système de management intégré *(uniquement pour les certifications multiples)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | oui | non |
| Disposez-vous d’un **système de management unique** pour gérer différents aspects organisationnels liés à la Qualité et/ou Sécurité et/ou Environnement ?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *Si oui, précisez les caractéristiques intégrées(s) :* | *Documentation* | *oui* | *non* | |  | *Politique, objectifs et revue de direction* | *oui* | *non* | |  | *Rôles et responsabiltiés* | *oui* | *non* | |  | *Approche processus* | *oui* | *non* | |  | *Audits interne et amélioration continue* | *oui* | *non* | |  |  |
| Disposez-vous de personnes capables de répondre à des questions relatives à plus d’une norme de système de management (QSE) ?  *Si oui, précisez le nombre :* |  |  |

**Identification des sites à certifier**

**Bureau central**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Raison sociale / Adresse / CP & ville | Activités du site à certifier | Nb ETP\* | Surface du site (m2) | |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |

**Les autres implantations entrant dans le périmètre de certification**

Nota : Si vous envisagez une certification multi-sites, toutes les entités doivent avoir un lien juridique ou contractuel.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Raison sociale / Adresse / CP & ville | Activités du site à certifier | Nb ETP\* | Surface du site (m2) | |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |
|  | Site permanent |  |  |  | Bureau : |  |
|  | Site temporaire |  | Atelier / autre : |  |

\*ETP : Employé(s) Equivalent Temps Plein