

Logo
Ville/municipalité/régie/MRC

PLAN DE FERMETURE-OUVERTURE (visuel no 1)

Emplacement : _____
Nature du travail : _____
Date (JJ/MM/AA) : _____ Remis par : _____

BORNES D'INCENDIE CONTRÔLÉES ET DÉROUAGEMENT Société de transport de _____


Bornes d'incendie contrôlées : _____
Parcours d'autobus dérouté : _____
Transmis à _____ le : _____ à _____ heure Signature : _____

CADENASSAGE NON REQUIS (travaux sous pression) : joindre l'analyse de risque
 Vannes et bornes d'incendie fonctionnelles et à vue
 Pression mesurée (PSI) : _____

CADENASSAGE REQUIS Pression positive (5 à 20 PSI) : joindre l'analyse de risque
 Sans pression
 Vanne d'alimentation fonctionnelle et à vue

PLAN DE FERMETURE - EMBLACEMENT DES VANNES ET CONDUITES (visuel no 1)

Indiquer le diamètre des conduites et le sens d'écoulement pour le rinçage unidirectionnel

Indiquer le point haut (H) pour chasser l'air et le point bas (B) pour vider ainsi que les bornes d'incendie contrôlées* 

Indiquer le nord sur votre croquis

X Vanne fermée*

O Vanne Ouverte*

⊗ Vanne partiellement fermée à vue*

*Inscrire le numéro de la vanne selon l'ordre de fermeture (1, 2, 3, etc.) et la fonction du drain ou de la borne, ex.: purger l'air, entrée/ sortie de la solution chlore, rinçage, etc.

Logo

Ville/municipalité/régie/MRC

FICHE DE CADENASSAGE-DÉCADENASSAGE POUR LES ÉNERGIES DANGEREUSES

CADENASSAGE (Les éléments suivants sont fermés et cadenassés)									DÉCADENASSAGE			
Emplacement de la vanne ou de la borne d'incendie	Diamètre conduit	X ○ ⊗ vanne, BI	Nb de tour	Série : Cadenas #	Initiales	Date jj/mm/aa	Hre	Ordre* F ou O	Ordre* F ou O	Date jj/mm/aa	Hre	Initiales

TEST D'ÉTANCHÉITÉ

Date : _____ Heure : _____ Niveau d'étanchéité mesuré/calculé : _____ Complet

DÉCADENASSAGE PARTIEL
(Isolation partielle du réseau et désinfection)

DÉCADENASSAGE PARTIEL									CADENASSAGE			
Emplacement de la vanne ou de la borne d'incendie	Diamètre conduit	X ○ ⊗ vanne, BI	Nb de tour	Série : Cadenas #	Initiales	Date jj/mm/aa	Hre	Ordre* F ou O	Ordre* F ou O	Date jj/mm/aa	Hre	Initiales

Commentaires : _____
 (Méthode de désinfection, _____
 type travaux, UIR contacté, _____
 etc.) _____

Nom OPA (lettres moulées) :	Matricule :	Signature OPA :	Date (JJ/MM/AA) :	Heure :
-----------------------------	-------------	-----------------	-------------------	---------