

# Liste des travaux effectués / Procès-verbal de première vérification pour les porteurs d'autorisations

Vérification initiale:

Contrôle après réparation:

Titulaire (entreprise): \_\_\_\_\_

Porteur de l'autorisation: \_\_\_\_\_

Objet / Période: \_\_\_\_\_

N° d'autorisation \_\_\_\_\_

Instruments de mesure utilisés: \_\_\_\_\_

Numéro de page: \_\_\_\_\_

| Installations  |  | Organe de protection   |                           |                          | Examen visuel                               | Conducteur PE         | Résistances d'isolement  |                      |                     | Mesures                  |             |                              |                  | Paraphe      |                |
|--|--|--|---------------------------|--------------------------|---|-----------------------|--|----------------------|---------------------|--------------------------|-------------|------------------------------|------------------|--------------|----------------|
| Numéro   | Objet  | Type / Caract.   | magn. I <sub>N</sub> [A]  | Examen                   |   |                       | R <sub>PE</sub> / R <sub>LOW</sub>   | R <sub>iso</sub>     |                     | courant de court-circuit |             | protect. de courant résiduel |                  | Champ tourn. | Port. de l'aut |
| [Repère]   | Adresse et description succincte des travaux / de l'installation | [B,C,D]  | therm. I <sub>N</sub> [A] | Contrôles fonctionnels   | R <sub>PE</sub> / R <sub>LOW</sub> [Ω / ok] | R <sub>iso</sub> [MΩ] | I <sub>Diff</sub> / I <sub>luite</sub> [mA]  | lcc L-PE fin lcc [A] | lcc L-N fin lcc [A] | DDR / RCD                |             | [ok]                         | Date             |              |                |
| [Quoi? Où?]  |  |  |                           |                          |   |                       |  |                      |                     | I <sub>N</sub> [A]       | Test t [ms] | Tension U [V]                | Insp. accr. Date |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
| <b>Exécuteur des travaux d'installation</b><br><i>Titulaire de l'autorisation d'installer limitée</i><br>Contrôle des travaux effectués (OIBT Art. 25) |  | <b>Type d'autorisation d'installer limitée</b>   |                           |                          |   |                       | <b>Organe de contrôle</b>  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
|  |  | <input type="checkbox"/> <b>Art. 13</b> Travaux effectués sur des installations propres à l'entreprise<br><input type="checkbox"/> <b>Art. 14</b> Travaux effectués sur des installations spéciales<br><input type="checkbox"/> <b>Art. 15</b> Autorisation de raccordement<br><input type="checkbox"/> <b>14.4/15.4</b> Travaux de maintenance et de réparation sans autorisation |                           |                          |   |                       | <b>Organisme d'inspection accrédité</b><br>Contrôles techniques (OIBT Art. 32) / Rapports périodiques (OIBT Art.36)<br><br><b>Entreprise / Tampon / Nom</b><br><br><b>Date / Signature</b> |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
| <b>Nom</b>   |  |  |                           |                          |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |
| <b>Date / Signature</b>  |  |  |                           |                          |   |                       |  |                      |                     |                          |             |                              |                  |              |                |