

Annexe C10

Compte-rendu d'accompagnement

Accès au Génie Civil et Appuis Aériens pour le déploiement de Boucles et Liaisons Optiques

Compte-rendu d'accompagnement

Objet de la demande d'accompagnement

Référence RIP de la commande d'accompagnement	
Date et heure de rendez-vous	
Adresse du RDV	
Objet de l'accompagnement	<p>Accompagnement en phase Études</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ouverture / fermeture de chambres soumises à conditions d'accès<input type="checkbox"/> Demande d'accord pour percement sur grand pied droit de chambre non sécurisée<input type="checkbox"/> Tampons soudés pour sécurisation avec contraintes permanentes <p>Accompagnement en phase Travaux</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ouverture / fermeture de chambres soumises à conditions d'accès<input type="checkbox"/> Travaux et réception de percement sur grand pied droit de chambre<input type="checkbox"/> Tampons soudés pour sécurisation avec contraintes permanentes <p>Accompagnement en phase Vie de Réseau</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ouverture / fermeture de chambres soumises à conditions d'accès <p>Accompagnement en phase Service Après-Vente</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ouverture / fermeture de chambres soumises à conditions d'accès
Nom des intervenants du RIP	
Nom de l'Opérateur ou son entreprise sous-traitante	
Nom des intervenants de l'Opérateur ou son entreprise sous-traitante	

Durée réelle de l'accompagnement

Toute heure entamée est indivisible (exemple : 2 h 35 = 3 h indivisibles).

Le temps de déplacement du technicien RIP est compté dans la durée de l'accompagnement.

Heure de début d'accompagnement	.. H ..
Heure de fin d'accompagnement	.. H ..
Durée totale d'intervention (durée en heures indivisibles)	.. H ..

Opérateur et/ou sous-traitant absent au Rendez-vous

Compte-rendu d'accompagnement – retour du RIP sur :

Ouverture / fermeture de chambres soumises à conditions d'accès ou tampons soudés pour sécurisation avec contraintes permanentes

Commentaire général après étude ou travaux :	
Chambres concernées	Commentaires
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	
Chambre N°	

RIP	Opérateur ou son entreprise sous-traitante
Date :	Date :
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Signature du représentant du RIP :	Signature du représentant de l'Opérateur ou son entreprise sous-traitante

Compte-rendu d'accompagnement – retour du RIP sur :

Accord pour le percement sur grand pied droit de chambre

(si contrainte détectée à compléter par un commentaire ou un croquis à joindre au compte-rendu d'accompagnement)

Commentaire général après visite de faisabilité :		
Accord du RIP pour le percement sur grand pied droit de chambre		
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

RIP	Opérateur ou son entreprise sous-traitante
Date :	Date :
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Signature du représentant du RIP:	Signature du représentant de l'Opérateur ou son entreprise sous-traitante

Travaux et réception de percement sur grand pied droit de chambre

Commentaire général après travaux (lister les éventuels désordres et annexer les photos) :		
Les travaux réalisés sont conformes aux règles d'ingénierie et au cahier des charges		
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chambre N°	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

RIP	Opérateur ou son entreprise sous-traitante
Date :	Date :
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Signature du représentant du RIP :	Signature du représentant de l'Opérateur ou son entreprise sous-traitante :

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3