



Entreprise : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Modèle (marque) : _____

N° de série : _____

HISTORIQUE

Année de fabrication : _____

Date d'achat : _____

Date 1^{ère} utilisation : _____

Il est indispensable de joindre à votre fiche de vie la notice du produit.

Les résultats de contrôle EPI vous sont donnés sous réserve que les composants à contrôler ne rentrent pas dans les cas qui nécessitent leur mise au rebut systématique, à savoir : composant ayant enrayé une chute importante de facteur 1 ou plus. Composant ayant dépassé six mois d'utilisation intensive, douze mois d'utilisation normale, trois ans d'utilisation occasionnelle. Produit ayant dépassé dix ans d'âge. Le contrôleur décline toute responsabilité en cas d'inexactitude dans les renseignements concernant la vérification historique qui doit être faite par l'utilisateur.

fiche valable 5 ans	Bon					à surveiller				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
VÉRIFICATION DES ÉLÉMENTS DE SÉCURITÉ										
État de l'extérieur de la calotte : usure, fissures, marques, déformation, brûlures, traces de produits chimiques, divers	<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"/>
État de l'intérieur de la calotte : usure, fissures, marques, déformation, brûlures, traces de produits chimiques, divers	<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"/>
État de la coiffe : déformations, usure, marques, corrosion	<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"/>
État des éléments de fixation de la coiffe : clips, rivets, autres points d'attaches	<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"/>
VÉRIFICATION DES ÉLÉMENTS DE CONFORT										
État des mousses de tour de tête	<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"/>
VÉRIFICATION FONCTIONNELLE										
Fonctionnement du tour de tête et réglage du serre nuque	<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"/>
Fonctionnement de l'ouverture, de la fermeture et du réglage de la jugulaire	<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"/>
COMMENTAIRES										
1 ^{ère} année _____										
2 ^{ème} année _____										
3 ^{ème} année _____										
4 ^{ème} année _____										
5 ^{ème} année _____										

1^{ère} année	
APTE	<input type="checkbox"/>
INAPTE	<input type="checkbox"/>
Nom du contrôleur : _____ Date du contrôle : _____	
Date prochain contrôle : _____	
2^{ème} année	
APTE	<input type="checkbox"/>
INAPTE	<input type="checkbox"/>
Nom du contrôleur : _____ Date du contrôle : _____	
Date prochain contrôle : _____	
3^{ème} année	
APTE	<input type="checkbox"/>
INAPTE	<input type="checkbox"/>
Nom du contrôleur : _____ Date du contrôle : _____	
Date prochain contrôle : _____	
4^{ème} année	
APTE	<input type="checkbox"/>
INAPTE	<input type="checkbox"/>
Nom du contrôleur : _____ Date du contrôle : _____	
Date prochain contrôle : _____	
5^{ème} année	
APTE	<input type="checkbox"/>
INAPTE	<input type="checkbox"/>
Nom du contrôleur : _____ Date du contrôle : _____	
Date prochain contrôle : _____	