

[1] OPERATEUR (Nom et SIRET): _____

[2] DETENTEUR (Nom, adresse et SIRET) : _____

Attestation de capacité n° : _____

[3] Équipement concerné :

Identification : _____

Nature du fluide frigorigène : **R-** _____

Charge Totale : _____ kg

Tonnage équivalent CO₂ (HFC/PFC) _____ Teq CO₂

[4] Nature de l'intervention :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assemblage de l'équipement | <input type="checkbox"/> Contrôle d'étanchéité périodique |
| <input type="checkbox"/> Mise en service de l'équipement | <input type="checkbox"/> Contrôle d'étanchéité non périodique |
| <input type="checkbox"/> Modification de l'équipement | <input type="checkbox"/> Démantèlement |
| <input type="checkbox"/> Maintenance de l'équipement | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |

Contrôle d'étanchéité

Identification

Contrôlé le

[5] Détecteur manuel de fuite _____ / _____ / _____

[6] Présence d'un système de détection des fuites : OUI NON

Fréquence minimale du contrôle périodique

[7] Quantité de fluide dans l'équipement	HCFC	<input type="checkbox"/> 2 kg < Q ≤ 30 kg	<input type="checkbox"/> 30 kg < Q ≤ 300 kg	<input type="checkbox"/> Q > 300 kg
	HFC/PFC	<input type="checkbox"/> 5 t ≤ teqCO ₂ < 50 t	<input type="checkbox"/> 50 t ≤ teqCO ₂ < 500 t	<input type="checkbox"/> teqCO ₂ > 500 t
[8] Équipements sans système de détection des fuites	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> 3 mois	
[9] Équipements avec système de détection des fuites	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 6 mois	

OUI NON

[10] Fuites constatées lors du contrôle d'étanchéité

N°	Localisation de la fuite	Réparation de la fuite
1	_____	<input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> A faire
2	_____	<input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> A faire
3	_____	<input type="checkbox"/> Réalisée <input type="checkbox"/> A faire

[11] Manipulation du fluide frigorigène

Quantité chargée totale (A+B+C) : _____ kg	Quantité de fluide récupérée totale (D+E) : _____ kg
A - Dont fluide vierge : _____ kg	D - Dont fluide destiné au traitement _____ kg
B - Dont fluide recyclé : _____ kg	E - Dont fluide conservé pour réutilisation _____ kg
C - Dont fluide régénéré : _____ kg	Identifiant du contenant : _____

Code Déchets : 14 06 01* - chlorofluorocarbones, HCFC, HFC - Fluides frigorigènes fluorés

Dénomination ADR/RID : UN 1078, Gaz frigorigère NSA (Gaz réfrigérant, NSA), 2.2 (C/E)

[12] Installation de destination du déchet (Nom et adresse) _____

[13] Transporteur du déchet - si différent de l'opérateur (Nom et adresse) _____

[14] Observations : _____

[15] Installation de traitement

Code R/D : _____

Quantité réceptionnée : _____

Je soussigné certifie que l'opération ci-dessus a été effectuée.

	Opérateur	Détenteur	Installation de traitement
Nom du Signataire :	_____	_____	_____
Qualité du Signataire :	_____	_____	_____
Date + Visa	_____	_____	_____