# Informations générales sur votre entreprise

*IMPORTANT : L’ensemble des champs ci-dessous doivent obligatoirement être complétés pour que nous puissions valider votre demande*

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale  |  |
| Adresse principale |  |
| Groupe d’appartenance |  |
| N° de SIRET |  |
| Nom et Prénom du représentant légal |  | Fonction |  |
| Email |  |
| Nom et Prénom du contact  |  | Fonction |  |
| Téléphone |  | Mobile |  |
| Email |  |
| Autre Contact |  |

##  Type d’activité(s) à certifier : [ ]  Transports et Communications (Code EA 31) [ ]  Autre : ………………….

##  Notion de conception prise en compte dans votre SMQ ? [ ]  Non [ ]  Oui

##  Description générale de votre activité (libellé de votre certificat) :

|  |
| --- |
|  |

#  Votre projet de certification (Informations relatives aux effectifs et site(s) de la société)

##  Effectif par site / fonction / activité en Equivalent Temps Plein

En cas de nombre de site supérieur à 3, vous pouvez compléter l’annexe 1 ci-après (ANNEXE 1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Siège** | **Site 1** | **Site 2** | **Site 3** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP\*\*\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |

*\* : fonction similaire : Par exemple, des conducteurs n’occupent pas tous un poste identique : livraison de colis, tractions… Ces postes ne sont pas interchangeables.*

*\*\* : fonction identique : Les conducteurs sont complètement interchangeables*

*\*\*\* ETP : équivalent temps plein : activité exercée sur la base d’un temps plein (à hauteur de la durée légale). Deux salariés ayant une durée de travail hebdomadaire de 17h30 correspondent à 1ETP.*

##  Liste des sites

**Votre demande de certification concerne***(cocher la/les case(s) concernée(s))***:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Un **siège**, un **site principal** ou une **agence** (adresse ci-dessus) à l’adresse duquel/de laquelle se trouve la **fonction centrale** pour de l’activité pour la certification demandée. |
| [ ]  | Un **siège**, un **site principal** ou une **agence** (adresse ci-dessus) à l’adresse duquel/de laquelle **aucune activité** n’est exercée pour la certification demandée. |
| [ ]  | **Un site secondaire** défini comme **fonction centrale**, situé à une adresse distincte du siège, du site principal ou de l’agence ci-dessus et qui dispose d’une autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et faire fonctionner le système qualité unique pour la certification demandée. |
| [ ]  | **Plusieurs autres sites** avec une présence permanente de personnel sur chacun ettous rattachés au **même système qualité** que la **fonction centrale** pour la certification demandée. |

##  Organisations Multi-sites

|  |
| --- |
| **IMPORTANT : ELIGIBILITE D’UN ORGANISME MULTISITE A LA CERTIFICATION (Cf. IAF MD1-2018 §5)*** L’organisme doit avoir un seul et unique système de management.
* L’organisme doit identifier sa fonction centrale. Celle-ci fait partie de l’organisme et ne doit pas être sous-traitée à un organisme extérieur.
* La fonction centrale doit avoir l’autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et maintenir le système de management unique.
* Le système de management unique de l’organisme doit être soumis à une revue de direction centralisée.
* Tous les sites doivent être inclus dans le programme d’audit interne de l’organisme.
* La fonction centrale doit veiller à ce que les données de chaque site soient collectées et analysées, et doit être capable de démontrer son autorité et sa capacité à amorcer au besoin des changements organisationnels concernant, entre autres mais pas seulement :
* La documentation système et les modifications du système ;
* Les revues de direction ;
* Les plaintes ;
* L’évaluation des mesures correctives ;
* La planification de l’audit interne et l’évaluation des résultats ; et
* Les exigences légales et règlementaires relatives aux normes applicables.
 |

*Dans le cas d'une organisation multi-sites ou d'un groupe, l'organisme certificateur s'appuie sur le document IAF-MD 1 pour déterminer les définitions à prendre en compte, les règles d'échantillonnage à appliquer, les modalités de la certification et les conditions de délivrance de la certification, selon l'organisation, par établissement (identifié par son numéro SIRET) ou pour toute l'organisation candidate.*

*Les règles d'échantillonnage ne s'appliquent qu'au volet "documentaire" de l'audit.*

**L’organisation candidate s’engage sur les points suivants**(\* cocher la case si concerné) :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate déclare avoir **un seul et unique système qualité** ;  |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate a identifié sa **fonction centrale** qui fait partie de l’entité et n’est pas sous-traitée : AdresseCP - VILLE |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate déclare que la **fonction centrale** dispose de l’autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et faire fonctionner le système qualité unique ; |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate déclare que son système de management est unique et est soumis à une revue de direction centralisée ; |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate déclare que tous les sites déclarés ci-avant sont inclus dans son programme d’audit interne ; |
| [ ] **\*** | L’organisation candidate déclare s’assurer de la collecte et de l’analyse de chaque site et est en mesure de démontrer son autorité et sa capacité à amorcer au besoin des changements organisationnels concernant, entre autres mais pas seulement :* la documentation système et les modifications du système ;
* les revues de direction ;
* les plaintes ;
* l’évaluation des mesures correctives ;
* la planification de l’audit interne et l’évaluation des résultats ; et
* les exigences légales et règlementaires relatives aux normes applicables.
 |

*Note : la fonction centrale est la fonction à partir de laquelle le contrôle opérationnel et l’autorité de la direction de l’organisme sont exercés sur tous les sites. La fonction centrale n’est pas obligatoirement regroupée sur un seul site.*

**L’organisation candidate déclare une organisation spécifique** (\* cocher la case si concerné) :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **\*** |  L’organisation candidate déclare une organisation spécifique qu’il détaille ci-après :xxx |

*Conformément au l’IAF MD1, si un nouveau groupe de sites demande à être inclus au réseau multi-sites déjà certifié, chaque nouveau groupe de sites sera considéré comme un ensemble indépendant quant à la détermination de la taille de l'échantillon. Une fois le nouveau groupe inclus au certificat, les nouveaux sites seront cumulés aux sites précédents pour déterminer la taille de l'échantillon à prendre en compte pour les futurs audits de surveillance et de renouvellement.*

##  Processus et/ou activités externalisés :

L’un de vos processus ou activités (**cela ne concerne pas les activités sous traitées ou achetées à des tiers**) nécessaires à la réalisation de votre/vos activités principales est/sont-elles réalisées sur un ou des sites différents de ceux cités précédemment ?

[ ]  **Non** [ ]  **Oui (**Si oui, renseigner le tableau ci-dessous) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Préciser les processus / activités concernés**(Exemple : Garage intégré pour la réparation des véhicules ; station de lavage intérieure et extérieure des véhicules citernes ; …) | Adresse | Effectif concerné |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

##  Période envisagée pour l’audit :

|  |
| --- |
|  |

##  Type de certification demandée

[ ] Initiale [ ] Renouvellement [ ] Transfert de certificat (\*)

\* : S’il s’agit d’un transfert de certification en provenance d’un autre organisme certificateur :

|  |  |
| --- | --- |
| * *Vous êtes actuellement certifié par* :
 |  |
| * *Raisons de la demande du transfert :*
 |  |
| * *Échéance du certificat* :
 |  |
| * *Étape de votre certification*
 | [ ]  **AS1** [ ]  **AS2** [ ]  **Renouvellement** |
| * *Votre certificat est-il toujours actif* ?

*(Non suspendu ou retiré)* | [ ]  **Non** [ ]  **Oui** |
| * **Êtes-vous certifié sur d’autres référentiels ?**
 | [ ]  **Non** [ ]  **Oui**, précisez-le ou lesquels : |

##  IMPORTANT : AVEZ-VOUS UTILISE LES SERVICES D’UN CONSULTANT ? (Réponse obligatoire)

 *(Cela inclut également des prestataires pour la réalisation d’audit interne)*

[ ]  **Non** [ ]  **Oui précisez : (Nom, Prénom, Entreprise, Fonction) ……………………………………………………**

# Commentaires

*Apportez tous les commentaires éventuels que vous jugez utiles à l’examen de votre demande et l’élaboration de l’offre*

|  |
| --- |
|  |

ANNEXE 1 : Effectif par site / fonction / activité en **Équivalent Temps Plein**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Siège** | **Site 1** | **Site 2** | **Site 3** | **Site 4** | **Site 5** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Site 6** | **Site 7** | **Site 8** | **Site 9** | **Site 10** | **Site 11** |
| ***Adresse - CP - Ville*** |   |   |   |   |   |   |
|  Type de fonction :Activité :  | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire | Identique | Similaire |
| Personnel Administratif : Effectif total (ETP) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité Transport  | Conducteur PL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Conducteur VL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité Logistique | Agent d'exploitation  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Manutentionnaire |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Activité formation | Formateur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre Activité  | Précisez : …………… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effectif Total** |   |   |   |   |   |   |