☐ Client ✔ AB Serve Etablipar: **GAMME DE TRAVAIL** n° clt 001 ✓ Oui Non Date 2025 N° d'incident: nn ✓ Oui Non SITE: bb nn Concerne: client: bb Référencepièce: bb Désignation: vv Tempsalloué: 22 /jour Identification. Moyens de Contrôle **OPÉRATION** N° OP SCHEMAS PHOTOS DESCRIPTION marquage, traçabilité & Fréquence nn all 22 a 1 En casde détection de non conformité nn 2 nna 22 nna Légendedes pictogrammes POINT CRITIQUE s Contrôle tactile 3 nna 21 a Contrôle visuel Contrôle outil IMPORTANT: UN point de contrôle par numéro. 0 Le point 8 peut-être utilisé ponctuellement pour optimiser la répartition des contrôles Validation AB RédacteurAB Serve (Resp. Validation Chaussuresde Protections Lunettesde Gants CLIENT Site / Resp. Serve auditives protection Sécurité **APPROBATION** Régional) NOM: admin NOM: M. NOM: bb admin Client FONCTION: FONCTION: FONCTION: Qualité Responsable Responsable DATE: Qualité Qualité 08/08/2025 Χ Χ Χ Χ DATE: DATE: VISA:

08/08/2025

Électronique

VISA:

08/08/2025

Électronique

VISA:

Électronique

DÉFAUTNON ADMISSIBLE

Photos des Défauts

Nombre de photos 6

