|  |  |
| --- | --- |
| **DANS CE CADRE** | Académie : Session : |
| Examen : Série : |
| Spécialité/option : Repère de l’épreuve : |
| Epreuve/sous épreuve : |
| NOM : |
| (en majuscule, suivi s’il y a lieu, du nom d’épouse) Prénoms : N° du candidat Né(e) le : (le numéro est celui qui figure sur la convocation ou liste d’appel) |
| **NE RIEN ÉCRIRE** | Appréciation du correcteurNote : |

Il est interdit aux candidats de signer leur composition ou d'y mettre un signe quelconque pouvant indiquer sa provenance.

**BREVET PROFESSIONNEL ÉLECTRICIEN(NE)**

# SESSION 2021 ÉPREUVE E3

**« Dépannage d’une installation »**

DOSSIER PRATIQUE

# Version habitat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BP ÉLECTRICIEN(NE)** | **Code : 21SP-BP ELEC U30-1** | **Session 2021** | **DOSSIER PRATIQUE** |
| **E3 – DEPANNAGE D’UNE INSTALLATION** | **Durée : 3h** | **Coefficient : 3** | **Page DP 1/4** |

***ORDRE DE MISSION***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *N° de Commande :* ***C247-06*** | *Date : / /****2021*** *(compléter la date)* | *Tél :* ***02 99 23 xx xx*** |
| *Lieu de l’intervention :* ***M.Mme DURANT, 11 route des glénans, 35760 St Gégoire*** |
| *Représentant client : M. DURANT Pascal* |

|  |  |
| --- | --- |
| *Intervenant :****Société ELECPRO****Rue du petit port****35111 ST Malo*** | *Technicien :****M.*** *………………………………….. (indiquer votre nom)**Titre d’habilitation : ………………….* |

*Description de l’intervention :*

***Demande de dépannage au domicile de la famille Durant.***

***Contacter le propriétaire qui vous donnera les indications nécessaires à l’intervention. Identifier la cause du dysfonctionnement et remettre l’équipement en service.***

***Vérifier l’état général et informer d’éventuelles opérations d’entretien à venir. Compléter les comptes rendu d’intervention.***

*Instructions particulières de sécurité :*

***Port des protections individuelles obligatoires. Respect du code de la route et de circulation sur site.***

***Interdiction d’intervenir sur des installations autres que celles spécifiées sur l’ordre de mission. Vérification de votre matériel et vos équipements avant toute intervention.***

*L’entreprise certifie que le personnel intervenant est habilité et ne pourra intervenir sur l’installation citée que selon les règles de sécurité conformément à la publication UTE C18-510.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date et signature du responsableLe 20 mai 2021M. BOULAND | Date et signature de l’intervenant | Date et signaturedu représentant de l’entreprise client |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*(1 exemplaire client / 1 exemplaire entreprise)*

**Volet 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Date : ……../………/……..* | *Client : …………………………………….…..**Représentant : ………………………………….* | *N° de Commande : ……………………….* |
| *Intervenant :****Société ELECPRO****Rue du petit port****35111 ST Malo*** | *Technicien :****M.*** *…………………………………..* |

*Description des anomalies constatées :*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| *Décompte des heures d’intervenetion :* |
|  | *Lundi* | *Mardi* | *Mercredi* | *Jeudi* | *Vendredi* | *Samedi* |
| *Date :* | *…../……/……* | *…../……/……* | *…../……/……* | *…../……/……* | *…../……/……* | *…../……/……* |
| *Arrivée sur site* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* |
| *Départ du site* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* | *………h……….* |
| *Temps de repas 1h30 (joindre les factures).* |

*Matières d’oeuvre fournies et montées :*

……………………………………………………………………………………………………………….………………………….…………

…………………………………………………………………………………………………………………….………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| *Réception des travaux :**(les opérations suivantes ont été effectué en présence du client)* | *Observations* |
| Essais de fonctionnement | OUI | NON |  |
| *Conformité commande* | OUI | NON |  |
| *Chantier nettoyé et rangé* | OUI | NON |  |
| *Equipement intégralement remonté* | OUI | NON |  |
| *Remarques éventuelles du client :* |
| Date et signature Date et signature Date et signaturedu responsable de l’intervenant du représentant de l’entreprise client Le 20 mai 2021M. BOULAND |

(Exemplaire entreprise)

**Volet 2**

**Détail de l’intervention**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Date : ……../………/……..* | *Client : ……………………………..**Représentant : ……………………….* | *N° de Commande : ……………………….* |
| *Intervenant :****Société ELECPRO****Rue du petit port****35111 ST Malo*** | *Technicien :****M.*** *………………………………….. Signature :**Equipement (nom du coffret, de la machine): ………………………………………………….* |

*Description des anomalies constatées :*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

|  |
| --- |
| *Détail de l’intervention :* |
| Actions réalisées sur l’équipement | Moyens associés (outillages) | Matières d’œuvre utilisées |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Vérification de l ‘équipement :* | *Observations* |
| Etat général de l’équipement | BON | MAUVAIS |  |
| *Etat des protections(carter, plexiglass, …)* | BON | MAUVAIS |  |
| *Conformité de l’équipement* | BON | MAUVAIS |  |
| *Fonctionnement des arrêts d’urgences* | BON | MAUVAIS |  |
| *Fonctionnement des sécurités* | BON | MAUVAIS |  |
| *Action à venir sur l’équipement :* |

*Remarques éventuelles :*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………