**FICHE JUStificative du besoin d’habilitation DE LA PERSONNE MORALE**

*À remplir par l’autorité contractante/le maître d’œuvre/l’acheteur*

*Le primo-contractant dans le cas d’une sous-traitance d’un sous-contrat*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **personne morale A HABILITER** | | |
| Raison sociale complète\* :  N° SIREN :  Adresse :  Contact\*\* :  Code SE\*\*\* :  \* Identique Kbis,  \*\*préciser nom et prénom de la personne à contacter, coordonnées téléphoniques et adresse mail,  \*\*\* code de sécurité économique à renseigner dans le cas où la personne morale dispose déjà  d’une habilitation. | |  |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations ou documents / supports classifiés à communiquer à l’entreprise** | | | | |
| Niveau maximal de classification : | * CONFIDENTIEL (uniquement UE ou OTAN) * UE * OTAN * SECRET * France * UE * OTAN * TRES SECRET * France * UE * OTAN | | | |
| Nature des informations et supports classifiés : papier, informatique, autres (à préciser) | | | |  |
| **Modalités d’accès et production d’informations et supports classifiés** | | | | |
| Objet du contrat:  Motif du besoin d’en connaître : | | | | |
| Accès à des informations et supports classifiés en phase précontractuelle | | 🞎 OUI 🞎 NON | | |
| Accès sans détention d’informations et supports classifiés | | 🞎 OUI 🞎 NON | | |
| Accès avec détention d’informations et supports classifiés dans les locaux de la personne morale  Le cas échéant, préciser le(s) lieu(x) : | | 🞎 OUI 🞎 NON | | |
| Utilisation d’un système d’information classifié : | | 🞎 OUI 🞎 NON | | |
| **Renseignements relatifs au contrat[[1]](#footnote-1)** | | | | |
| 1. Description de la prestation confiée à la personne morale : | | | | |
| 1. Lieux d’exécution du contrat : | | | | |
| 1. Date prévisionnelle de notification du contrat : 2. Date et durée d’exécution du contrat : | | | | |
| 1. En cas de sous-traitance/sous-contrat, préciser :  * dénomination ou raison sociale du contractant: * N° d’identification et date de notification : * N° d’identification et date d’approbation du plan contractuel de sécurité : | | | | |
| 1. Conséquences (opérationnelles, calendaires, financières, techniques, etc.) si l’entreprise :  * - n’est pas habilitée à la date prévisionnelle indiquée au point 3 : * - ne peut pas être habilitée : | | | | |
| Je soussigné(e) (nom et prénom) :  (titre ou fonction) :  de (organisme ou entreprise demandant l’habilitation) :  Code SE (pour une entreprise demandant l’habilitation) :  certifie la réalité du besoin et l’exactitude des justifications et renseignements portés dans la présente demande d’habilitation.  Date et signature | | |  | |

1. Ne concerne que les contrats prévoyant les prestations suivantes : travaux, fournitures, services. [↑](#footnote-ref-1)