

Demande de désignation comme installation d'inspection

Programme d'inspection périodique obligatoire des véhicules commerciaux

Renseignements relatifs à la demande			
NOM DE L'ENTREPRISE : _____	<input type="checkbox"/>	NOUVELLE DEMANDE	<input type="checkbox"/>
NOM DU PROPRIÉTAIRE : _____			DEMANDE DE RENOUELEMENT
ADRESSE : _____		TYPE D'INSPECTION DEMANDÉ :	
VILLE : _____		<input type="checkbox"/>	1. VÉHICULE MOTEUR AYANT UNE LICENCE D'EXPLOITATION POUR UN PNBV DE 4 500 kg OU MOINS (MOTOCYCLETTES EXCLUES)
TERR. : _____	CODE POSTAL : _____	<input type="checkbox"/>	2. VÉHICULE MOTEUR AYANT UNE LICENCE D'EXPLOITATION POUR UN PNBV DE PLUS DE 4 500 kg (AUTOBUS ET AUTOBUS SCOLAIRE EXCLUS)
		<input type="checkbox"/>	3. REMORQUE ET SEMI-REMORQUE
		<input type="checkbox"/>	4. AUTOBUS POUVANT TRANSPORTER PLUS DE 10 PASSAGERS (Y COMPRIS LE CONDUCTEUR)
		<input type="checkbox"/>	5. AUTOBUS SCOLAIRE

Dirigeants ¹ de l'entreprise				
NOM	POSTE	ADRESSE	LICENCE N°	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Installation d'inspection	
NUMÉRO DE L'INSTALLATION : (DEMANDE DE RENOUELEMENT SEULEMENT) _____	LICENCE D'EXPLOITATION COMMERCIALE : _____ aa/mm/jj
ADRESSE DE L'INSTALLATION : _____	EXPIRATION : _____
VILLE : _____	INDIQUER LES AUTORISATIONS
TERR. : _____	<input type="checkbox"/> 1. FREINS À AIR <input type="checkbox"/> 2. CARBURANT SOUS PRESSION
	CODE POSTAL : _____

Liste des membres du personnel		
NOM DU MÉCANICIEN	NUMÉRO DE CERTIFICAT	NUMÉRO D'AUTORISATION
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Équipement – liste de vérification			
<input type="checkbox"/> OUTILS D'ATELIER MÉCANIQUE	<input type="checkbox"/> OUTIL DE DÉMONTAGE DES ROUES	<input type="checkbox"/> APPAREIL DE LEVAGE	<input type="checkbox"/> CLÉ DYNAMOMÉTRIQUE
<input type="checkbox"/> APPAREIL D'ALIGNEMENT DES PHARES	<input type="checkbox"/> APPAREIL DE MESURE DES TAMBOURS ET ÉTRIERS DE FREINS	<input type="checkbox"/> INDICATEUR DE PROFONDEUR DES SCULPTURES DES PNEUS	<input type="checkbox"/> JAUGE DE PRESSON DE GONFLAGE
			<input type="checkbox"/> APPAREIL DE MESURE DU JEU DE LA DIRECTION ET DE LA SUSPENSION

JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT EXACTS DATE _____

PERSONNE RESPONSABLE DES ACTIVITÉS OU DE L'INSTALLATION : _____ TITRE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____

SIGNATURE

Réservé à l'administration	
<input type="radio"/> Approuvé <input type="radio"/> Rejeté	
_____	REÇU N° _____ MONTANT _____
SIGNATURE ET DATE	
INSTALLATION N° _____	DATE D'EXPIRATION DE LA LICENCE _____