

NOUVEAU : Nouvel établissement Nouveaux locaux Nouveau propriétaire
MODIFICATION : Mise à jour des renseignements

TYPE D'ÉTABLISSEMENT				
Production ou fabrication alimentaire	Établissement de soins	Services personnels		Gîtes touristiques
<input type="checkbox"/> APD faible risque <input type="checkbox"/> APD haut risque Indiquez le(s) produit(s) : _____	<input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> Service de garde en milieu familial Repas <input type="checkbox"/> Complets <input type="checkbox"/> Collations seulement <input type="checkbox"/> S.O.	<input type="checkbox"/> Perçage <input type="checkbox"/> Esthétique et ongles <input type="checkbox"/> Coiffure <input type="checkbox"/> Station thermale, sauna, bain de vapeur <input type="checkbox"/> Épilation au laser <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Bronzage <input type="checkbox"/> Tatouage	<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner seul <input type="checkbox"/> Repas supplémentaires
RENSEIGNEMENT SUR L'ÉTABLISSEMENT				
Nom de l'établissement		Exploitant/responsable ¹		
Adresse de l'établissement				
Adresse postale		Code postal		
Courriel		Téléphone	Télécopieur	
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE				
Raison sociale de l'entreprise		Type d'entreprise <i>(choisir une seule réponse)</i>		
Propriétaire légal de l'entreprise		<input type="checkbox"/> Entreprise à propriétaire unique <input type="checkbox"/> Société de personnes <input type="checkbox"/> Société par actions <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Autre		
Adresse postale	Ville/Localité	Code postal		
Courriel	Téléphone			
Source d'eau :	<input type="checkbox"/> Grand réseau public d'alimentation en eau Nom : _____ <input type="checkbox"/> Puits			
Élimination des eaux usées : <input type="checkbox"/> Égout municipal <input type="checkbox"/> Système privé d'élimination des eaux usées				
Horaires et jours d'activité : <input type="checkbox"/> Saisonnier (listes des mois d'activité) : _____ <input type="checkbox"/> Toute l'année				

Plan d'implantation joint (*schéma détaillé montrant l'emplacement des lavabos, éviers, toilettes, détails des équipements et finitions de surface*)

Signature de l'exploitant : _____ Date : _____

Nom de l'exploitant : _____ Date d'ouverture proposée : _____
 (en lettres moulées)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> Approuvé par l'agent Date de l'approbation : _____ Nom de l'agent : _____ Signature de l'agent : _____ Type d'installation : _____ Collectivité : _____ Secteur de travail : _____ Conditions pour à remplir avant l'ouverture : _____
--