

SALON DU CHEVAL

Ce document sera transmis au Chargé de Sécurité de la manifestation qui viendra contrôler vos installations lors du montage.

Vous devrez présenter l'ensemble de vos justificatifs à ce moment-là.

Nom du RESTAURANT :

Nom du Responsable & tel portable :

Hall & numéro de stand :	Nom appareil 1 :	Nom appareil 2 :	Nom appareil 3 :
.....DENOMINATION DU CONTROLE
Positionnement des appareils de cuisson :			
- 2m minimum de la salle restauration	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- 1 m de la bâche du chapiteau	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- 0,5 m des parois combustibles (ou parois MO)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- Installer un sol incombustible (MO) et non glissant	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- Protection du public par un écran (parties chaudes et tranchantes)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Appareil de cuisson estampillé CE et/ou vignette Organisme Agréé	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- Justificatif d'entretien/ contrôle des appareils (T.C. tous les ans)	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
- Contrôle des appareils de cuisson tous les 2 ans par un Organisme Agréé	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Bouteilles de gaz (Emplacement-Nombre-Espace) ou plaque MO	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Une bouteille de gaz par appareil de cuisson	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Flexible alimentant les bouteilles (Date de péremption)	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Coffret de coupure générale d'arrêt d'urgence (Type coup de poing)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Bien signalé	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Hors de portée du public	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Dispositif d'extinction automatique (Feux d'huile)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Extincteurs adaptés aux risques (CO2 - Eau pulvérisée - Poudre)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Date de la dernière vérification annuelle	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Couverture anti-feu	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
CUISINE SOUS CTS			
Validité de la structure (Date)	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Numéro extrait registre de sécurité	N°	N°	N°
Attestation de montage	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Validité des installations électriques (Date)	Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....

Merci de compléter et renvoyer cette fiche à :

Date, cachet et signature du Responsable :

valerie.rayer@destination-angers.com