

DEMANDE DE PERMIS ET AVIS CONCERNANT LES ÉVÉNEMENTS COMMUNAUTAIRES ET LES MARCHÉS FERMIS

Tout particulier ou tout groupe qui prévoit organiser ou tenir un événement communautaire ou un marché fermier (à l'intérieur ou à l'extérieur) où des personnes peuvent se réunir pour consommer de la nourriture et des boissons doit en aviser le BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE NORTH BAY-PARRY SOUND en remplissant la présente demande au moins 15 jours avant la date prévue de l'événement.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÉNEMENT		
Nom de l'événement :		
Date(s) de l'événement :		Heures de l'événement :
Lieu de l'événement :		
RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITANT DE CONCESSION		
Nom du requérant :		
Adresse postale :		Adresse du lieu de préparation des aliments :
Téléphone :		Télec. ou courriel :
Nombre prévu de visiteurs :		Type d'évén. : <input type="checkbox"/> Marché <input type="checkbox"/> Évén. communautaire
Ingrédients et sources d'approvisionnement :		Liste des produits alimentaires offerts :
Si l'espace fourni est insuffisant pour dresser la liste, joindre une autre feuille. <input type="checkbox"/> Autre feuille jointe		
Aliments offerts <input type="checkbox"/> Fournis par un traiteur <input type="checkbox"/> Préemballés (y compris en conserve) <input type="checkbox"/> Fruits et légumes frais (entiers, non coupés) <input type="checkbox"/> Entièrement cuits/préparés sur place <input type="checkbox"/> Cuits/préparés à un autre endroit Adresse : _____	Protection contre la contamination <input type="checkbox"/> Auvent <input type="checkbox"/> Intégrée Plancher : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____	Eau courante venant d'une source approuvée <input type="checkbox"/> Raccordement municipal <input type="checkbox"/> Réservoir <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____
Installations de lavage des mains <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____	Équipement de réfrigération <input type="checkbox"/> Mécanique <input type="checkbox"/> Glace et glacière <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____	Ustensiles de service <input type="checkbox"/> Usage unique – jetables <input type="checkbox"/> Usages multiples <input type="checkbox"/> S. O.
Équipement de cuisson <input type="checkbox"/> Barbecue <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____ <input type="checkbox"/> S. O.	Équipement de maintien au chaud <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser : _____ <input type="checkbox"/> S. O.	Méthode de mise en conserve <input type="checkbox"/> Bain d'eau bouillante <input type="checkbox"/> Autoclave à pression <input type="checkbox"/> S. O.
Aires de places assises pour le service de nourriture <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Toilettes disponibles <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Hommes <input type="checkbox"/> Femmes	Dates et heures de préparation des aliments : _____ _____

 Signature du requérant

 Inspecteur de la santé publique

Date : _____
 (aaaa/mm/jj)

Date : _____
 (aaaa/mm/jj)

