



# CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR LE LOCATAIRE

## COORDONNÉES DU RESPONSABLE DU BÂTIMENT

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## CAPACITÉ D'OCCUPATION MAXIMALE DU LOCAL

Nombre de personnes autorisé : \_\_\_\_\_

## EN CAS D'URGENCE

Police : \_\_\_\_\_

Pompier : \_\_\_\_\_

Ambulance : \_\_\_\_\_

Lieu de rassemblement extérieur : \_\_\_\_\_

## VÉRIFICATIONS À L'ARRIVÉE

- |                              |                              |                                                                                                                                 |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Indicateurs lumineux de sortie de secours repérés.                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Emplacement des extincteurs portatifs repéré.                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Postes manuels d'incendie rouge repérés<br>(Ne pas tenir compte si le local n'est pas protégé par un système d'alarme incendie) |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Issues de secours facilement accessibles et fonctionnelles.                                                                     |

## VÉRIFICATIONS À LA FIN DE LA LOCATION

- |                              |                              |                                                                  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Responsable contacté pour l'informer de la fin de l'activité.    |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Clés remises au responsable ou à l'endroit indiqué par celui-ci. |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Équipements électriques et de cuisson éteints et débranchés.     |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Cigarettes éteintes à l'intérieur et à proximité de l'immeuble.  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Local propre et remis dans le même état qu'à l'arrivée.          |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Déchets jetés dans les poubelles extérieures.                    |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Lumières du local éteintes.                                      |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Portes du local verrouillées.                                    |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Appareils de chauffage dégagés.                                  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Panneaux électriques dégagés.                                    |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Portes de secours dégagées.                                      |

## INTERDICTIONS OU AUTRES EXIGENCES À RESPECTER PAR LE LOCATAIRE

## SUGGESTIONS OU COMMENTAIRES À FORMULER

## SIGNATURE DU LOCATAIRE

Lettres moulées

Signature

Date