

Attestation sur l'honneur de conformité des installations matérielles par site d'implantation

Nom de l'entreprise : _____

Représentant(s) légal (légaux) : _____

Adresse : _____

Lieu d'implantation du local :

Nom commercial : _____

N°, rue, lieu-dit : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Télécopie : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

	Hors garde	En garde
Réponse directe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Système de renvoi au service de garde ou autre bureau	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Date de mise en exploitation demandée : _____

JOINDRE IMPERATIVEMENT

- Les plans des différents locaux,
- Les contrats ou baux de location,
- Des photographies de l'enseigne ou de la plaque signalétique extérieure,
- Les protocoles de nettoyage et désinfection affichés dans les locaux
- Un extrait du registre du commerce et des sociétés à jour

Caractéristiques des locaux :

➤ **Local d'accueil des patients ou de leur famille :**

- Présence d'une plaque ou d'une enseigne extérieure : OUI NON
- Affichage lisible de l'extérieur pour les heures d'accueil et dispositions alternatives aux jours et heures d'ouverture : OUI NON
- Electricité : OUI NON
- Local commun à plusieurs entreprises : OUI NON
Si oui, nom des autres entreprises utilisatrices _____
- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite OUI NON

➤ **Existence de locaux de désinfection et d'entretien courant/maintenance des véhicules :** OUI NON Nombre : _____

- Avec présence d'un point d'eau : OUI NON
- Avec présence d'une aire de lavage des véhicules : OUI NON
(si non accès équipement public : OUI NON)
- Avec présence de prises électriques : OUI NON

Fiche n° 2 du dossier d'agrément

- Avec affichage d'un protocole de désinfection : OUI NON
- Adresse (si différente) : _____
- Si partagé avec d'autres entreprises, indiquer les noms : _____

➤ **Aires de stationnement suffisantes pour le nombre de véhicules exploités et munies d'un espace couvert pour au moins une ambulance**

OUI NON

- Nombre de places de stationnement extérieures _____
- Nombre de places de stationnement couvertes _____
- Adresse (si différente) : _____
- Si partagé avec d'autres entreprises, indiquer les noms : _____

➤ **N° d'immatriculation des véhicules rattachés au site**

.....
.....
.....
.....

Je soussigné ou nous soussignés, M.....
Représentant (s) légal (légaux) de l'entreprise de transports sanitaires

de l'entreprise de transports sanitaires

..... ;
atteste(nt) sur l'honneur que les installations matérielles (le local d'accueil, le local de désinfection, d'entretien et de maintenance, ainsi que l'aire de stationnement) de cette entreprise sont conformes aux normes figurant à l'annexe 4 de l'arrêté du 12 décembre 2019. *En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, je m'expose (nous nous exposons) aux sanctions prévues à l'article R.6312-5 du Code de la Santé Publique.*

Fait à _____, le _____
Signature et cachet de l'entreprise