

**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 : \_\_\_\_\_

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