



QUESTIONNAIRE



À compléter et faire parvenir au Service de sécurité incendie
en utilisant le bouton **TRANSMETTRE** ici-bas

Renseignements généraux

Propriétaire Locataire Tél. : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Avertisseurs de fumée et de monoxyde de carbone (CO)

Avertisseur de fumée	Sous-sol		R-D-C		Étage	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emplacement approprié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À pile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur circuit électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relié à une centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de la centrale : _____				Tél. : _____		
Avertisseur de monoxyde de carbone (CO)	Sous-sol		R-D-C		Étage	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Extincteur portatif

Nombre : _____	Capacité : _____	OUI	NON
Fonctionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type : <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> CO ² <input type="checkbox"/> Poudre ABC			

Constatation

	OUI	NON
Propane / BBQ à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réservoir de propane de - 35 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan d'évacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Point de rassemblement connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accumulation / surcharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse civique visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom complet de la personne responsable : _____

Date : _____

TRANSMETTRE