PARC DES EXPOSITIONS ANGERS
RTE DE PARIS - 49044 ANGERS CEDEX 01
Tél. : 02 41 93 40 40
www.destination-angers.com

FICHE DE CONTRÔLE CUISINE DE RESTAURANTS

SALON .....

Ce document sera transmis au Chargé de Sécurité de la manifestation qui viendra contrôler vos installations lors du montage.
Vous devrez présenter l'ensemble de vos justificatifs à ce moment-là.

Nom du RESTAURANT : .....

Nom du Responsable & tel portable : .....

Hall & numéro de stand : .....

DENOMINATION DU CONTROLE	Nom appareil 1 :	Nom appareil 2 :	Nom appareil 3 : .....
Positionnement des appareils de cuisson : - 2m minimum de la salle restauration - 1 m de la bâche du chapiteau - 0,5 m des parois combustibles (ou parois MO) - Installer un sol incombustible (MO) et non glissant - Protection du public par un écran (parties chaudes et tranchantes)	 Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non	 Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non	 Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non Oui / Non
Appareil de cuisson estampillé CE et/ou vignette Organisme Agréé	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
- Justificatif d'entretien/ contrôle des appareils (T.C. tous les ans) - Contrôle des appareils de cuisson tous les 2 ans par un Organisme Agréé	Date : ...../...../..... Date : ...../...../.....	Date : ...../...../..... Date : ...../...../.....	Date : ...../...../..... Date : ...../...../.....
Bouteilles de gaz (Emplacement-Nombre-Espace) ou plaque MO Une bouteille de gaz par appareil de cuisson	Oui / Non Oui / Non	Oui / Non Oui / Non	Oui / Non Oui / Non
Flexible alimentant les bouteilles (Date de péremption)	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....
Coffret de coupure générale d'arrêt d'urgence (Type coup de poing) Bien signalé Hors de portée du public	Oui / Non Oui / Non Oui / Non	Oui / Non Oui / Non Oui / Non	Oui / Non Oui / Non Oui / Non
Dispositif d'extinction automatique (Feux d'huile)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Extincteurs adaptés aux risques (CO2 - Eau pulvérisée - Poudre) Date de la dernière vérification annuelle	Oui / Non Date : ...../...../.....	Oui / Non Date : ...../...../.....	Oui / Non Date : ...../...../.....
Couverture anti-feu	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
CUISINE SOUS CTS			
Validité de la structure (Date)	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....
Numéro extrait registre de sécurité	N°	N°	N° .....
Attestation de montage	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Validité des installations électriques (Date)	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....	Date : ...../...../.....

Date, cachet et signature du Responsable :