

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PERMIS POUR UN ÉVÈNEMENT SPÉCIAL**

Cette demande doit être envoyée au plus tard 15 jours avant tout évènement. Les formulaires remplis et signés peuvent être déposés ou envoyés par télécopieur à l'un des bureaux du Santé publique du Nord-Est. Ils peuvent également être envoyés par courrier électronique à [inspections@neph.ca](mailto:inspections@neph.ca). Si vous avez besoin d'aide, appelez le Service de santé environnementale au 1-877-442-1212.

**INFORMATION SUR L'ÉVÉNEMENT**

TITRE DE L'ÉVÉNEMENT :	
DATE(S) :	HEURES D'OUVERTURE :
EMPLACEMENT :	NOMBRE DE PERSONNES ATTENDUES :

**INFORMATION SUR L'EXPLOITANT DU KIOSQUE ALIMENTAIRE**

NOM DU DEMANDEUR :			
ADRESSE POSTALE :		CODE POSTAL :	
VILLE/MUNICIPALITÉ :			
TÉLÉPHONE :	RÉSIDENCE :	TRAVAIL :	CELLULAIRE :
COURRIEL :		TÉLÉCOPIEUR :	
PERSONNE RESPONSABLE DE LA MANIPULATION DES ALIMENTS : <input type="checkbox"/> La personne susnommée			
ADRESSE POSTALE :		CODE POSTAL :	
VILLE/ MUNICIPALITÉ :			
TÉLÉPHONE :	RÉSIDENCE :	TRAVAIL :	CELLULAIRE :
COURRIEL :		TÉLÉCOPIEUR :	
EST-CE QUE LA NOURRITURE EST GÉRÉE PAR L'UN DES GROUPES SUIVANTS?			
<input type="checkbox"/> Organisme religieux <input type="checkbox"/> Société d'aide mutuelle <input type="checkbox"/> Club de bienfaisance			
DEMANDEREZ-VOUS À ÊTRE EXEMPTÉ DES RÈGLEMENTS RÉGISSANT LES SERVICES D'ALIMENTATION À CET ÉVÈNEMENT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**SERVICE ALIMENTAIRE**

INSTALLATION DU VENDEUR :	
<input type="checkbox"/> Stand alimentaire temporaire <input type="checkbox"/> Chariot mobile pour la vente de bouffe de rue/Installation mobile <input type="checkbox"/> Installation intérieure	
LIEU DE LA PRÉPARATION DE LA NOURRITURE : <input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Hors site	
NOMBRE DE MANIPULATEURS D'ALIMENTS AUTORISÉS :	
<input type="checkbox"/> SI LA NOURRITURE EST PRÉPARÉE SUR PLACE	<input type="checkbox"/> SI LA NOURRITURE EST PRÉPARÉE HORS SITE
NOMBRE DE MANIPULATEURS D'ALIMENTS DEVANT TRAVAILLER À VOTRE STAND :	
PERSONNE DE SOUTIEN DÉSIGNÉE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
PERSONNE DÉSIGNÉE POUR MANIPULER L'ARGENT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O	
NOM DE L'INSTALLATION :	
TYPE D'INSTALLATION (p. ex. restaurant, cuisine d'église, centre communautaire, etc.) :	
ADRESSE :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
OÙ LES ALIMENTS SERONT-ILS ACHETÉS OU QUI LES FOURNIRA*?	
NOM :	ADRESSE :

\*Ajoutez une feuille de papier séparée si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour les fournisseurs de produits alimentaires.

## MENU

ÉLÉMENT DU MENU* (Y COMPRIS LES ALIMENTS PRÉEMBALLÉS)	TYPE DE PRÉPARATION ALIMENTAIRE (P.EX. GRILLADES, FRITURE, BBQ, ETC.)	NOURRITURE PRÉCUITE		NOURRITURE PRÉCUITE SUR PLACE			ENTREPOSAGE DE LA NOURRITURE SUR PLACE	
		OUI	NON	OUI	NON	RÉCHAUFFAGE	CHAUD 60 °C (140 °F) OU PLUS CHAUD	FROID 4 °C (40 °F) OU PLUS FROID
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Ajoutez une feuille de papier séparée si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour les éléments du menu, y compris les ingrédients.

## ENTREPOSAGE/TRANSPORT DE LA NOURRITURE

COMMENT LES ALIMENTS DANGEREUX SERONT-ILS TRANSPORTÉS À L'ÉVÈNEMENT?

- Camion réfrigéré  Récipient isotherme avec de la glace  Conteneur thermique  
 Autre (précisez : )

QUELLES MESURES SERONT PRISES POUR MAINTENIR LES ALIMENTS FROIDS À UNE TEMPÉRATURE DE 4 °C (40 °F) OU À UNE TEMPÉRATURE PLUS FROIDE DURANT L'ÉVÈNEMENT?

- Non requis  Camion réfrigéré  Réfrigération mécanique  Récipients isothermes avec de la glace  
 Autre (précisez : )

QUELLES MESURES SERONT PRISES POUR MAINTENIR LES ALIMENTS CHAUDS À UNE TEMPÉRATURE DE 60 °C (140 °F) OU À UNE TEMPÉRATURE PLUS CHAUDE DURANT L'ÉVÈNEMENT?

- Non requis  assiette Sterno/chauffe-plat  BBQ/grillade  Four au propane  Mijoteuse  Plaque chauffante  Four  Table/appareil à vapeur  Autre (précisez : )

QUELLES MESURES SERONT PRISES POUR RÉCHAUFFER LA NOURRITURE AVANT LE SERVICE?  Non requis  Four à micro-ondes  Surface de cuisson  Four  Grillade/BBQ  Friteuse

- Autre (précisez : )

AVEZ-VOUS UN THERMOMÈTRE À SONDE POUR VÉRIFIER LA TEMPÉRATURE INTERNE DE LA NOURRITURE DURANT L'ÉVÈNEMENT?  Oui  Non  sans objet

AVEZ-VOUS UN THERMOMÈTRE INDICATEUR PRÉCIS POUR VÉRIFIER LES APPAREILS DE CONTRÔLE DE LA TEMPÉRATURE?  Oui  Non  sans objet

COMMENT LES ALIMENTS, Y COMPRIS LES CONDIMENTS, SERONT-ILS PROTÉGÉS DE LA CONTAMINATION AU COURS DE L'ÉVÈNEMENT?  Film alimentaire  Couvercles  Condiments préemballés  Vitrine de protection/pare-haleine  Armoire/contenant scellé  Autre (précisez : )

AVEZ-VOUS PRIS DES MESURES POUR VOUS RÉAPPROVISIONNER EN GLACE DURANT L'ÉVÈNEMENT?  Oui  Non  sans objet

## BASSIN SÉPARÉ POUR LE LAVAGE DES MAINS

Y A-T-IL UN BASSIN SÉPARÉ POUR LE LAVAGE DES MAINS AVEC DE L'EAU COURANTE CHAude, FROIDE OU TIÈDE DANS L'aire de manipulation et de préparation de la nourriture? COMBIEN Y A-T-IL DE LAVABOS POUR LE LAVAGE DES MAINS?

- Oui – Lavabo fixe  Oui – Lavabo mobile  Oui – Lavabo temporaire Combien de lavabos sont fournis? ( )  
 Non (précisez : )

AVEZ-VOUS UNE RÉSERVE DE SAVON LIQUIDE ET DE SERVIETTES DE PAPIER PRÉVUE POUR LES LAVABOS DESTINÉS AU LAVAGE DES MAINS?

- Oui  Non (précisez : )

## LAVAGE DES USTENSILES

QUEL TYPE D'ÉVIER EST FOURNI POUR LE LAVAGE DES USTENSILES?  Évier à deux compartiments  Évier à trois compartiments  Aucun (précisez : )

QUEL TYPE DE DÉSINFECTANT EST UTILISÉ POUR LAVER LES USTENSILES?  
 Eau de Javel  Autre (précisez : )

DES BANDELETTES RÉACTIVES SONT-ELLES FOURNIES POUR LE DÉSINFECTANT?  
 Oui  Non  sans objet

## SOURCE D'EAU POTABLE

<input type="checkbox"/> Approvisionnement municipal	<input type="checkbox"/> Eau embouteillée de façon commerciale	<input type="checkbox"/> Eau municipale transportée (Nom/Numéro de téléphone du transporteur d'eau : )
--	--	--

## ÉVACUATION DES EAUX USÉES ET DES DÉCHETS

MÉTHODE D'ÉLIMINATION DES EAUX USÉES/ÉVACUATION DES EAUX D'ÉGOÛT :  
 Bassin de rétention  Autre (précisez : )

NOMBRE DE POUBELLES DANS LA ZONE DE PRÉPARATION ALIMENTAIRE :

ALIMENTATION EN ÉLECTRICITÉ :  sans objet  prise électrique  génératrice  
 Autre (Précisez : )

J'ai examiné le document *Directives d'exploitation des événements spéciaux*. Je comprends les exigences en matière de vente de produits alimentaires lors d'événements spéciaux et j'ai fourni l'information à ceux qui manipulent la nourriture.

EN LETTRES MOULÉES :

SIGNATURE :

DATE :

## AVANT QUE L'ÉVÉNEMENT PUISSE COMMENCER, IL FAUT SATISFAIRE AUX CONDITIONS OU AUX RECOMMANDATIONS CI-DESSOUS :


INSPECTEUR :

DATE :

## POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Règl. de l'Ont. 493/17

Cette demande est :  APPROUVÉE  NON APPROUVÉE

Le permis pour un événement spécial a été fourni.

Le demandeur est identifié dans le système HealthSpace comme étant un vendeur d'aliments à un événement spécial.

Cette demande nécessite une inspection sur place.

Le demandeur est exempté de la réglementation.

L'affichage approprié et la liste des donateurs ont été fournis.

### Siège social

Timmins  
169 sud, rue Pine  
Case postal 2012  
P4N 8B7  
(705)267-1181 or  
Téléc. (705)264-3980

### Bureaux locaux

**Cochrane**  
2-233 rue 8<sup>ème</sup>  
POL 1C0  
(705)272-3394  
Téléc. (705)272-4996

**Hearst**  
1030 George, bureau 2  
Case postal 2470  
POL 1N0  
(705)362-7808  
Téléc. (705)362-7462

**Hornepayne**  
247 3<sup>ème</sup> avenue  
Case postal 127  
P0M 1Z0  
(807)868-2091  
Téléc. (807)868-2225

**Iroquois Falls**  
58A promenade Anson  
Case postal 575  
P0K 1G0  
(705)258-2247  
Téléc. (705)258-2249

**Kapuskasing**  
4 rue Ash  
P5N 2C8  
(705)335-6101  
Téléc. (705)337-1895

**Matheson**  
Hôpital Bingham  
Memorial  
Case postal 490  
P0K 1N0  
(705)273-2954  
Téléc. (705)273-2522

**Smooth Rock Falls**  
141 rue 5<sup>ème</sup>  
Case postal 388  
P0L 2B0  
(705)338-2654  
Téléc. (705)338-2250

**Moosonee**  
38 rue Revillion  
Case postal 730  
P0L 1Y0  
(705)336-2294  
Téléc. (705)336-2919

**1 877-442-1212**

**www.porcupinehu.on.ca**

**AVAILABLE IN ENGLISH**