|  |
| --- |
| 1. RENSEIGNEMENTS SUR L’INTERVENTION
 |
| Propriétaire ou locataire (prénom, nom) : |
| Téléphone (s) : |
| Adresse : |
| Municipalité : |
| Nature intervention : |
| Date intervention (aaaa-mm-jj) : | Heure (hh:mm) : |

|  |
| --- |
| 1. MESURES À PRENDRE
 |
| *Le service de sécurité incendie a dû interrompre le fonctionnement de certains équipements et vous recommande les mesures suivantes :* |
| **Électricité** |[ ]  Faire vérifier et remettre en service par un maître-électricien |
| **Gaz naturel** |[ ]  Faire vérifier et remettre en service par le distributeur |
| **Gaz propane** |[ ]  Faire vérifier et remettre en service par le distributeur |
| **Chauffage** |[ ]  Faire vérifier et remettre en service par un technicien qualifié |
| **Chauffage à combustible solide** |[ ]  Faire vérifier par une personne qualifiée avant de l’utiliser |
| **Système d’alarme incendie** |[ ]  Faire vérifier par un technicien qualifié et prendre les mesures de sécurité nécessaires pour protéger les occupants (ex. : patrouille de surveillance) |
| **Informer le service de sécurité incendie lorsque le système fonctionnera** |
| **Avertisseurs de fumée** |[ ]  Remplacer pour plus de sécurité |
| **Avertisseurs de CO** |[ ]  Remplacer pour plus de sécurité |
| **Gicleurs automatiques** |[ ]  Faire vérifier et remettre en service par un technicien qualifié et prévoir des mesures de surveillance de l’immeuble |
| **Informer le service de sécurité incendie lorsque les gicleurs fonctionneront** |
| **Équipement/machine** |[ ]  **Cadenassez tous les points de coupures des sources d’énergie** |
| **Vous adressez à une personne compétente pour remettre l’équipement en fonction** |
| COMMENTAIRES : |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. Retrait forcé d’un dispositif de cadenassage
 |
| Motif justifiant le retrait :  |
| Nom de la machine :  |
| Personne compétente sur les lieux (prénom et nom) :  |
| Énergies (source et résiduelle) à maîtriser :  |
| Nature intervention : |

|  |
| --- |
| 1. Continuité cadenassage par autre service / personne responsable ou propriétaire des lieux
 |
| [ ]  Cadenassage SSI **maintenu** [ ]  Cadenassage SSI **remplacé**/cadenas du responsable [ ]  Copie **plan/fiche** cadenassage **remis** |
| Date (aaaa-mm-jj) : | Heure (hh:mm) : |
| Nom de la machine :  |
| Énergies à maîtriser :  |
| Personne assurant la continuité (prénom et nom) : |
| Nom de l’organisation : |
| [ ]  Cadenassage SSI **maintenu** [ ]  Cadenassage SSI **remplacé**/cadenas du responsable [ ]  Copie **plan/fiche** cadenassage **remis** |
| Date (aaaa-mm-jj) : | Heure (hh:mm) : |
| Nom de la machine :  |
| Énergies à maîtriser :  |
| Personne assurant la continuité (prénom et nom) : |
| Nom de l’organisation : |

|  |
| --- |
| ***Après l’intervention du Service de sécurité incendie, il est de votre responsabilité d’assurer la sécurité des occupants et de l’immeuble et d’aviser votre compagnie d’assurance dans les plus brefs délais.*** |
| Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ déclare être \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prénom et nom) (propriétaire, locataire, représentant du propriétaire)de l’immeuble mentionné ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance de la situation décrite ci-dessus.Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Préparé par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assisté par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Officier responsable (prénom et nom) (prénom et nom) |
| Service de sécurité incendie de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |