|  |  |
| --- | --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |