

FORMULE D'ENREGISTREMENT / DEMANDE DE PERMIS

www.manitoba.ca/health/publichealth/environmentalhealth/protection/index.fr.html

VEUILLEZ COCHER L'UNE DES CASES SUIVANTES :

☐ ENREGISTREMENT DE BASE ☐ NOUVEAU PROPRIÉTAIRE ☐ NOUVELLE CONSTRUCTION ☐ RÉFECTION IMPORTANTE

(Si l'exploitation est nouvelle, veuillez préciser la date d'ouverture) _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ALIMENTAIRE : _____

ADRESSE MUNICIPALE : _____ VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : (____) _____ TÉLÉCOPIEUR : (____) _____ COURRIEL : _____

☐ ADRESSE POSTALE DE L'ENTREPRISE :
LA MÊME QUE CELLE INDIQUÉE CI-DESSUS

PROPRIÉTAIRE LÉGAL DE L'ENTREPRISE : (Propriétaire ou entreprise demandant le permis)

☐ Nom de l'entreprise _____

☐ Société en nom collectif _____

☐ Entreprise individuelle _____ N° de permis de conduire _____

ADRESSE MUNICIPALE : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : (____) _____ CELL. : (____) _____ COURRIEL : _____

PERSONNE-RESSOURCE SUR PLACE : _____

CERTIFICAT EN ☐ OUI ☐ NON Si oui, date de délivrance : _____

Le certificat en manipulation des aliments n'est PAS exigé à l'extérieur de la ville de Winnipeg,

PLAN SOUMIS : (obligatoire pour les nouvelles constructions ou les travaux) ☐ OUI ☐ NON

Il faut fournir un schéma détaillé montrant les aires affectées à la préparation, à la transformation, à l'entreposage et au service des aliments, les salles de toilette, les chambres froides, la disposition du matériel

MENU PROPOSÉ FOURNI : ☐ OUI ☐ NON

DATE

SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE/REPRÉSENTANT

À usage interne seulement : (COCHEZ LES CASES PERTINENTES)

Service alimentaire permanent :

<input type="checkbox"/>	Salle de banquet	<input type="checkbox"/>	Débit de boissons/bar-salon	<input type="checkbox"/>	Traiteur	<input type="checkbox"/>	Concession/Kiosque	<input type="checkbox"/>	Comptoir déli
<input type="checkbox"/>	Établissement/caféteria	<input type="checkbox"/>	Comptoir de commandes à emporter	<input type="checkbox"/>	Restaurant (nbre de places)	<input type="checkbox"/>	Saisonnier	<input type="checkbox"/>	Autres (Veuillez préciser) _____

Service alimentaire ambulant :

<input type="checkbox"/>	Camion-café	<input type="checkbox"/>	Commissariat	<input type="checkbox"/>	Chariot de cuisine de rue	<input type="checkbox"/>	Unité autonome – Menu complet	<input type="checkbox"/>	Unité autonome – Menu restreint
--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------

Vente au détail d'aliments :

<input type="checkbox"/>	Boulangerie-pâtisserie	<input type="checkbox"/>	Salle de banquet	<input type="checkbox"/>	Boucherie	<input type="checkbox"/>	Concession (sans préparation)	<input type="checkbox"/>	Dépanneur Magasin	<input type="checkbox"/>	Autres (Veuillez préciser) _____
<input type="checkbox"/>	Poissons et fruits de mer	<input type="checkbox"/>	Banque alimentaire	<input type="checkbox"/>	Épicerie	<input type="checkbox"/>	Colporteur	<input type="checkbox"/>	Détaillant de glace	<input type="checkbox"/>	

VEUILLEZ RENVoyer LA FORMULE D'INSCRIPTION À :
healthprotection@gov.mb.ca