



EXAMEN DU PLAN D'UN ÉTABLISSEMENT MOBILE DE RESTAURATION

Nom de l'établissement : _____ Localisation : _____

Base d'opérations : _____
(Établissement) (Adresse)

Cuisine mobile _____ Camion-cantine _____ Camion-crème glacée _____ Remorque _____ Poussoir _____

Autre _____ Propriétaire de l'entreprise : _____ Adresse du domicile : _____

_____ Numéro de téléphone : _____ Nouveau : ___ Remise à

neuf : _____ Petit déjeuner_ Déjeuner _____ Dîner_ Nombre de repas estimés Repas _____

_____ Jours et heures d'ouverture _____ Date de début des travaux : _____

Date d'ouverture de l'entreprise : _____

QUESTIONS RELATIVES AU PERMIS

Code sanitaire de l'État (105CMR 590.) Fourni OUI NON ___ EN COURS ___

Gestionnaire de produits alimentaires certifiés requis (590.003 B) OUI ___ NON ___

Zonage/Approbation d'occupation (division de la construction) OUI ___ NON ___ S.O. _____

Service d'incendie et approbation OUI _____ NON _____ S.O. _____

Licence pour colporteurs OUI _____ NON _____ S.O. _____

Approbation des travaux publics OUI _____ NON S.O. _____

Approbation de la Division de la pêche maritime OUI _____ NON S.O. _____

Menu fourni (FC 8-201.12) OUI NON _____ S.O. ___ Avis

aux consommateurs **élaborés** (FC 3-603.11) OUI NON S.O. **(POUR LES ALIMENTS**

CRUS ET INSUFFISAMMENT CUITS)

Cuire et servir _____ Cuire et maintenir à chaud _ Cuire, maintenir à chaud, refroidir, réchauffer _____ S.O.

INSTALLATIONS PHYSIQUES

Nom, adresse, numéro de téléphone sur l'unité mobile (min. 3 lettres) OUI ___ NON _____

Fenêtres et portes grillagées (FC 6-202.15) OUI ___ NON ___ S.O. _____

Des pare-haleine et des protections en hauteur sont fournis OUI ___ NON ___ S.O. _____

Type de **matériau de finition du sol** Zone de préparation des aliments (FC 6-201.11)

Carreaux de carrière _____ Carreaux de céramique _____ Carreaux Vict ___ Autres _

1010 Massachusetts Ave, 4 TH Floor, Boston, MA 02118 -Tel : (617) 635-5326 - Fax : (617) 635-

Courriel :

Site web :

Type de **matériau de finition des murs** Zone de préparation des aliments (FC 6-201.11)
Acier inoxydable ___ Carreaux de céramique _____ FRP _____ Panneaux de placoplâtre_

Type de **finition Matériau du plafond** Zone de préparation des aliments (6-201 FC.)
Plaque de plâtre _ Revêtement en vinyle _____ FRP _____ Métal _____

Luminaires Préparation des aliments blindée. Zone (FC 6-202.11) OUI ___ NON ___ S.O. _____

Toilettes pour les employés (FC 5-203.11) OUI _____ NON ___
LOCATION _____

Système d'évacuation et de ventilation approuvé (FC 6-304.11) & Service des incendies OUI_ NON _____

S.O. _____ Type de conteneur(s) à

ordures et à graisses (FC5-501.13-.17)

Compacteur _____ Benne à ordures _ Barils à l'épreuve de la vermine _____

Type de surface situé sur (5-501.115 FC)

Béton _____ Asphalte _____ Autre _____

LA PLOMBERIE, LES INSTALLATIONS MANUELLES, LE LAVAGE DE LA MARCHANDISE ET L'EAU

Lavabo séparé (FC 5-203.11) OUI ___ NON ___ S.O. ___ Combinaison robinet/mélangeur (minimum) 110 ° F) OUI _ NON_S.O. Drainage prévu pour le réservoir à déchets OUI _ NON_ S.O. _

Réservoir fabriqué à partir de matériaux sûrs/de qualité alimentaire OUI _____ NON ___ S.O. _____

Évier de préparation des aliments fourni (FC 3-302.15) OUI _ NON_ S.O. _ Évier à casseroles fourni avec égouttoirs (FC 4-301.12) OUI _____ NON ___ S.O. _____

(EXIGENCES RELATIVES AUX TROIS (3) COMPARTIMENTS)

Taille du réservoir de stockage de l'eau potable _____

Taille du réservoir de stockage des déchets _____

INSTALLATIONS/ÉQUIPEMENTS DE CUISINE

Approuvé par la Fondation nationale pour l'assainissement (FC 4-205.10 & FC 201) OUI _____ NON _____

41°F pour les nouveaux équipements (FC 3-501.16) OUI _____ NON ___ S.O. _____

Conteneurs isolés fournis OUI _____ NON ___ S.O. _____

Unité de **réfrigération** fournie

Volume requis = nombre de repas x 0,085 **FC 4-30.11** _____ S.O. _____

TOTAL (P³) (Combien)

Congélateur fourni _____ S.O. _____

TOTAL (P³) (Combien)

1010 Massachusetts Ave, 4 TH Floor, Boston, MA 02118 -Tel : (617) 635-5326 - Fax : (617) 635-

Courriel :

Site web :

Type d'équipement de cuisson fourni (FC 4-301.11)

CUISINIÈRE _____ FOUR À CONVECTION _____ FRITEUSE _____
GRIL _____ FOUR À MICRO-ONDES _____ FOUR À PIZZA _____
GRIL _____ CUISEUR DE RIZ _____ RÔTISSERIE _____
MARMITES À VAPEUR _____ AUTRES _____

TABLE(S) À VAPEUR FOURNIE(S) (FC 4-301.11)

OUI _____ NON _____ S.O. _____

HOT FOODS (ALIMENTS CHAUDS)

AUTRES ÉQUIPEMENTS DE MAINTIEN AU CHAUD FOURNIS

_____ (Type) (Combien)

DÉCLARATION : JE CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT CORRECTES ET JE COMPRENDS QUE SI DES MODIFICATIONS SONT APPORTÉES AUX PLANS OU AUX INFORMATIONS CI-DESSUS SANS L'AUTORISATION DE LA DIVISION DES INSPECTIONS SANITAIRES, CETTE APPROBATION PEUT ÊTRE ANNULÉE.

Signature : _____ **Titre :** _____

**EXAMEN DU PLAN D'ÉTABLISSEMENT
ALIMENTAIRE**

Examen préliminaire par : _____

Titre : _____

Date : _____

Approbation finale par : _____

Titre : _____

Date : _____