

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RAPPORT DE CONTROLE DE PREVENTION INCENDIE DE LA ZONE DE SECOURS HAINAUT-EST

Pour assurer la lisibilité et le traitement automatique de vos données, merci de remplir **tous les champs en MAJUSCULES**.

Cadre 1 – Objectif de la demande

- ☐ **Demande d'avis/conseils** → envoyer ce formulaire dûment complété à prevention@zohe.be
*Cet avis constitue uniquement un conseil technique et ne vaut en aucun cas contrôle de prévention au sens de l'article 5 de la loi du 30 juillet 1979. Seul le bourgmestre, en tant qu'autorité compétente, peut exercer ce contrôle officiel.
Les demandes sont traitées en fonction de la charge de travail du technicien en prévention titulaire du dossier.*
- ☐ **Demande de visite de prévention incendie** → envoyer ce formulaire dûment complété à l'autorité communale compétente en vue d'obtenir un rapport écrit. Il ne sera pas donné suite aux formulaires expédiés directement par le demandeur à la Zone de secours, sauf si le demandeur est l'autorité communale elle-même.

Cadre 2 – Le demandeur

Si société ou institution :

Nom :

Si personne physique :

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : – Prénom :

Adresse du demandeur :

Agit en qualité de (Le demandeur doit être une personne exerçant un droit sur le bâtiment) :

☐ Propriétaire ☐ Exploitant ☐ Autorité publique ☐ Autre (à préciser) :

Cadre 3 – L'établissement / lieu de visite (à remplir par le demandeur)

Dénomination de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Personne de contact :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Cadre 4 – Destination de l'établissement (au moins une des cases doit être cochée)

- ☐ Logements (nombre à compléter) :
- ☐ Etablissement accessible au public (à entourer) : commerce – café/restaurant – salle des fêtes/polyvalente – Bureaux – autre (à préciser) :
- ☐ Accueil ou hébergement de personnes handicapées (nombre de résidents à compléter) :
- ☐ Accueil ou hébergement de personnes âgées (nombre de résidents à compléter) :
- ☐ Centre hospitalier, maison de soins psychiatrique (nombre de résidents à compléter) :
- ☐ Accueil ou hébergement de personnes en difficultés sociales (abris de nuit,...)
- ☐ Hébergement touristique (hôtel, gîte, chambre d'hôtes, campings, ...)(nombre de personnes à compléter) :
- ☐ Etablissement scolaire, internat, home étudiants
- ☐ Accueil d'enfants (gardienne à domicile) : ☐ Accueil d'enfants (crèche) :
- ☐ Industrie / entrepôt
- ☐ Parking couvert ☐ Attestation de sécurité (indiquer la date limite) :
- ☐ Autre à préciser :

Cadre 5 – Facturation (à remplir obligatoirement par le demandeur)

Si société ou institution :

Nom :

N° BCE/TVA (obligatoire) :

Si personne physique :

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : – Prénom :

N° de registre national (obligatoire) :

Adresse de facturation :

Les prestations effectuées pour des missions de prévention donnent lieu au paiement, par le bénéficiaire, d'une facture émise sur base du règlement-redevances relatif aux missions de la Zone de secours, approuvé par le Conseil de zone en date du 26.05.2023.

Le demandeur déclare être, au jour de l'introduction de la demande, une personne exerçant un droit sur le bâtiment.

Le demandeur prend connaissance du fait que l'avis sollicité pourra engendrer des obligations de mise en conformité de l'établissement, voire un avis défavorable à l'exploitation si la situation se révèle manifestement dangereuse.

Date :

Signature :

Cadre 6 – Autorité compétente

Je soussigné, agissant en qualité de* - pour la ou le* - Bourgmestre de, vous prie d'effectuer la mission décrite ci-dessus.

Date :

Référence de la commune :

Signature :

Cachet de la commune :

* Biffer la mention inutile.