



CIS LESQUIN
Capitaine Clément Fleury
1 rue du Fret
59810 LESQUIN
03.28.55.08.12

Objet : Questionnaire prévision

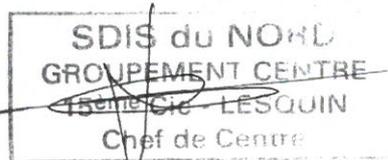
Madame, Monsieur,

L'objectif de ce questionnaire est de tenir à jour notre base de données afin de mieux connaître les entreprises venant s'implanter sur la zone du C.R.T. Lesquin. En effet, nous pouvons ainsi mieux appréhender les éventuels risques liés aux activités mais également obtenir les coordonnées des personnes ressources.

Par conséquent, nous vous saurions gré de bien vouloir répondre au questionnaire joint à ce courrier.

Nous restons bien évidemment à votre disposition pour répondre à vos éventuelles interrogations.

Capitaine Clément Fleury
Chef du CIS Lesquin



NOM DE L'ETABLISSEMENT :

RAISON SOCIALE :

AUTRE NOM :

Activité

ADRESSE :

TELEPHONE :

TELECOPIE :

AUTRE ADRESSE (SI PLUSIEURS ENTREES) :

ADRESSE ADMINISTRATIVE :

SITUATION ADMINISTRATIVE : CATEGORIE :

TYPES :

PERSONNE(S) A CONTACTER : NOM, FONCTIONS, TELEPHONE.

-
-
-

CONCIERGE OU GARDIEN ? NON

OUI

N° DE TELEPHONE :

SERVICE DE SECURITE ? NON

OUI

GARDIENNAGE HORS HEURES OUVRABLES ? NON OUI

SI OUI : NOM DE L'ENTREPRISE :

TELEPHONE :

PRESENCE DE CHIEN ? NON

OUI

EFFECTIF MAX DU PERSONNEL DANS LOCAUX RECEVANT DU PUBLIC :

EFFECTIF MAX DU PERSONNEL DANS LOCAUX PROFESSIONNELS (SI PLUSIEURS BATIMENTS) :

EFFECTIF MAX DU PUBLIC :

PRESENCE DE LOCAUX A SOMMEIL ? NON

OUI

NOMBRE MAX DE PERSONNE HEBERGEES :

EFFECTIF MAX DU PERSONNEL LA NUIT :

L'établissement possède t il UN POINT DE RASSEMBLEMENT DU PERSONNEL ?

NON

OUI OU ?

NOMBRE DE BATIMENTS:

NOMBRE DE BATIMENTS AVEC LOCAUX A SOMMEIL :

TYPES D'ENERGIES UTILISES DANS L'ENTREPRISE :

GAZ FUEL ELECTRICITE

EMPLACEMENT DES COUPURES :

-
-
-

PRESENCE DE BOUTEILLES BUTANE/PROPANE : NON OUI

L'ETABLISSEMENT POSSEDE T-IL DES PRODUITS DANGEREUX ?

NON OUI

QUELS TYPES DE PRODUITS ?

<input type="checkbox"/> EXPLOSIFS SOLIDES	<input type="checkbox"/> TOXIQUE
<input type="checkbox"/> GAZ SOUS PRESSION	<input type="checkbox"/> CORROSIF
<input type="checkbox"/> LIQUIDE INFLAMMABLE	<input type="checkbox"/> COMBURANT FAVORISANT L'INCENDIE
<input type="checkbox"/> RADIOACTIF	<input type="checkbox"/> GAZ INFLAMMABLE AU CONTACT DE L'EAU
<input type="checkbox"/> SOLIDE INFLAMMABLE	<input type="checkbox"/> INFECTIEUX
<input type="checkbox"/> GAZ INFLAMMABLE	<input type="checkbox"/> REACTION VIOLENTE SPONTANEE

L'ETABLISSEMENT POSSEDE-T-IL UN SYSTEME DE DESENFUMAGE ?

NON OUI

NATUREL SUR LA TOTALITE DES LOCAUX (HORS ESCALIERS)
 MECANIQUE SUR LA TOTALITE DES LOCAUX (HORS ESCALIER)
 NATUREL SUR UNE PARTIE DES LOCAUX (HORS ESCALIERS)
 MECANIQUE SUR UNE PARTIE DES LOCAUX (HORS ESCALIERS)
 DESENFUMAGE DES CAGES D'ESCALIERS

UNE ALARME INCENDIE ? NON OUI

SYSTEME D'EXTINCTION AUTOMATIQUE ?

NON OUI

<input type="checkbox"/> SPRINKLER	<input type="checkbox"/> GAZ INERTE (AZOTE)
<input type="checkbox"/> MOUSSE	<input type="checkbox"/> AUTRE
<input type="checkbox"/> CO2	
<input type="checkbox"/> GAZ INHIBITEUR	

DES COLONNES SECHES ?

NON OUI COMBIEN :

QUEL EST LE NOMBRE DE FACADES ACCESSIBLES AUX ENGINS DE SECOURS :

QUEL EST LE NOMBRE DE FACADES ACCESSIBLES A PIEDS :

NOMBRE DE MITOYENNETES :

L'ETABLISSEMENT POSSEDE-T-IL PLUSIEURS ETAGES ?

NON OUI COMBIEN :

L'ETABLISSEMENT POSSEDE-T-IL DES ASCENSEURS OU MONTE CHARGES ?

NON OUI COMBIEN :

NOMBRE DE SOUS-SOL :

NOMBRE D'ESCALIERS :

HAUTEUR DU DERNIER NIVEAU :

SURFACE AU SOL DU BATIMENT EN M² :

SURFACE TOTALE DEVELOPPEE EN M² :

SURFACE DE LA PLUS GRANDE CELLULE NON RECOUPEE :

ISOLEMENT VERTICALE COUPE FEU :

NON OUI

ISOLEMENT HORIZONTAL COUPE FEU :

NON OUI

MATERIAUX DE CONSTRUCTION ?

FACADES :

MURS :

PLANCHERS :

POTEAUX :

ESCALIERS :

CHARPENTES :

TOITURES :

CONSIGNES PARTICULIERES A DONNER AUX SERVICES DE SECOURS :

-
-
-
-
-
-

AU RENVOI DU QUESTIONNAIRE, SERAIT-IL POSSIBLE DE JOINDRE UN PLAN DE L'ETABLISSEMENT CONTENANT LE MAXIMUM D'INFORMATIONS (type plan d'évacuation) ?

MERCI.