



FICHE DE RECENSEMENT DES COMMERCES

ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

N° SIRET :

Dispositif d'alarme : OUI NON

Système d'enregistrement vidéo : OUI NON

Coordonnées de l'entreprise de sécurité reliée :

Horaires d'ouverture :

RESPONSABLE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

DEUXIEME INTERVENANT

(Dans le cas où le responsable est injoignable)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

OCCUPATION DU DOMAINE PUBLIC

Type d'installation :

Lieu d'installation :

Surface occupée : m²

Période sollicitée : Du au inclus