



**Fiche de contrôle**  
des établissements d'activités physiques ou

NOM DE LA STRUCTURE :

FORME JURIDIQUE : ASSOCIATION    SOCIÉTÉ    INDÉPENDANT    AUTRE  
(préciser) :

N° SIRET :

Date de création, d'ouverture ou de reprise :                      Fonctionnement : Année    Saison

Activités encadrées                      Location / Mise à disposition de matériel

Adresse postale :

Ville :    Code postal :    Tél :

Courriel :    Site internet :

NOM Prénom du responsable légal :

NOM Prénom de la personne rencontrée :

Qualité dans l'établissement :

**ACTIVITÉS PRATIQUÉES**

ACTIVITÉS	LIEU DE PRATIQUE

## PERSONNEL de la STRUCTURE :

NOM	Activité	Statut (salarié,	Type de contrat	Temps de travail	Diplôme	Carte pro

[Surligné = OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES]

### SITUATION ADMINISTRATIVE

*Etablissement déclaré :*      **OUI**      **NON**      **Numéro :**

Établissement déclaré pour  
l'Accueil de mineurs :      **OUI**      **NON**      **Numéro :**

Association agréée Sport :      **OUI**      **NON**      **Numéro :**

### SÉCURITÉ

*Moyens de communication :*      **OUI**      **NON**

*Registre de sécurité :*      **OUI**      **NON**

*Extincteurs ou/et R.I.A.*      **OUI**      **NON**

*Trousse de secours :*      **OUI**      **NON**

<i>Récépissé de déclaration d'établissement</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Garanties d'hygiène et de sécurité et normes techniques de l'activité</i> <i>☞ Voile : Ar. 09/02/98, Canoë Kayak : Ar. 04/05/95, Plongée : Ar. 22/06/98</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Tableau d'organisation des secours et numéros d'urgence</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Attestation d'assurance en cours de validité</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Diplômes</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Cartes professionnelles ou récépissés de déclaration</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>

**LES LOCAUX**

**HYGIÈNE DES LOCAUX :**

SATISFAISANTE            OUI            NON

**SÉCURITÉ DES LOCAUX :**

SATISFAISANTE            OUI            NON

**MATÉRIEL :**

Les consignes de sécurité et d'utilisation sont-elles accessibles aux utilisateurs ? OUI NON

Entretien du matériel satisfaisant : OUI NON

\* Observations éventuelles :

Pensez vous utile de saisir un autre service de l'Etat ?      OUI      NON  
(D.D.A.S.S., D.D.C.C.R.F., D.S.V., D.D.T.E.F.P., Affaires maritimes, S.D.I.S., ...)

**CONCLUSION ET SUITE À DONNER :**

CONTRE-VISITE ENVISAGÉE      OUI      NON

Rapport de contrôle établi par :

Date :

Pour le Directeur Régional et Départemental et p/o  
l'Inspectrice Principale

*Isabelle*