

# **Attestation de bon montage et de liaisonnement au sol**

## **Partie réservée au responsable du montage**

Date du contrôle : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ H \_\_\_\_

Lieu d'implantation : \_\_\_\_\_

Manifestation : \_\_\_\_\_

Durée d'implantation de l'établissement : \_\_\_\_\_

CHAPITEAU  STRUCTURE  TENTE

Propriétaire de l'établissement : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Exploitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Responsable du montage : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## **Caractéristique de l'établissement**

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_ Fabricant : \_\_\_\_\_

Hauteur latérale : \_\_\_\_\_ Largeur : \_\_\_\_\_ Longueur : \_\_\_\_\_

Superficie totale montée : \_\_\_\_\_

Nombre de sorties de secours : \_\_\_\_\_ Largeur total des sorties de secours : \_\_\_\_\_

Essais de sol a l'arrachement ou équivalent par lestage effectués lorsque l'exploitant n'a pas été en mesure de communiquer les informations relatives a la qualité de résistance du sol et a la présence de réseaux VRD :

Valeurs ancrage ou lestages imposées par le fabricant : \_\_\_\_\_

Valeurs obtenues : \_\_\_\_\_ Nombre d'essais effectués : \_\_\_\_\_

Cette mission de montage m'a été confié par : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres capitales

Signature du responsable du montage

*N.B : Ce document n'exonère pas le propriétaire de sa responsabilité et ne remplace pas l'obligation du contrôle périodique de l'établissement réalisé par un organisme agréé de vérification technique CTS dans les conditions de l'article CTS 34 du règlement de sécurité.*