

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

Valeurs ancrage ou lestage 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.