



## Procédure de demande de Permis d'établissement alimentaire

### Section 1 - Examen du plan

*En personne, sur rendez-vous uniquement*

⇒ **Commencez ici si l'une des conditions suivantes est remplie :** *(Si aucune des situations suivantes ne s'applique, passez à la section 2)*

- Restaurant en construction
- Construction, rénovation ou modification de l'agencement
- Nouvel équipement

Matériel requis :	Étapes :
<input type="checkbox"/> Permis d'établissement alimentaire <input type="checkbox"/> Feuille de travail pour l'examen du plan <input type="checkbox"/> 2 exemplaires des plans d'étage <input type="checkbox"/> Spécifications de l'équipement (NSF/UL ou équivalent) <input type="checkbox"/> Menu <input type="checkbox"/> Paiement	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Assurez-vous d'avoir rassemblé et complété tous les documents, pièces et informations indiqués</li><li>2. Prenez rendez-vous avec ISD pour examiner votre projet en appelant le <b>617-635-5326</b> ou en envoyant un e-mail à <b>ISDHealth@boston.gov</b></li><li>3. Apportez tous les documents imprimés et remplis à votre rendez-vous, ainsi que le paiement des frais applicables</li></ol>

### Section 2 - Demande de permis

*En personne ou en ligne par e-mail*

⇒ **Commencez ici si l'une des conditions suivantes est remplie :**

- Restaurant existant sans changement
- Nouveau propriétaire

Matériel requis :	Étapes :
<input type="checkbox"/> Permis d'établissement alimentaire <input type="checkbox"/> Assurance accidents du travail Affidavit <input type="checkbox"/> Numéro d'identification fiscale fédéral (numéro EIN) <input type="checkbox"/> Responsable de la protection alimentaire Certificat (CFPM) <input type="checkbox"/> Certificat d'occupation (CO) / Certificat d'inspection (CI) <input type="checkbox"/> Licence de restaurateur (CV) <input type="checkbox"/> Certificat allergène <input type="checkbox"/> Contrat de location signé	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Assurez-vous d'avoir rassemblé et complété tous les documents, pièces et informations indiqués. Vous pouvez apporter les documents lors de votre rendez-vous ou les envoyer à l'avance par e-mail.</li><li>2. Obtenir un CO ou un CI auprès de la division ISD Building - visitez : <b><a href="http://www.boston.gov/departments/inspectional-services">www.boston.gov/departments/inspectional-services</a></b> pour plus d'informations</li><li>3. Prenez rendez-vous avec ISD en appelant le <b>617-635-5326</b> ou envoyez un email à <b>ISDHealth@boston.gov</b></li></ol>



## Permis d'établissement alimentaire

À l'usage exclusif du Conseil de santé				
Date de réception	Date de l'inspection	Approuvé par	Permis n° délivré	Frais

<b>1 Nom commercial :</b> <i>(Il s'agit du nom affiché à l'extérieur de votre établissement, c'est-à-dire « McDonalds », et non « McDonalds Corp »)</i>	
<b>2 Adresse professionnelle :</b> <i>(Il s'agit de l'adresse physique de votre établissement affichée au public)</i>	
<b>3 Adresse postale professionnelle :</b> <i>(Si différent de ce qui précède)</i>	
<b>4 Numéro de téléphone professionnel :</b> <i>(Numéro public pour les clients)</i>	
<b>5 Nom et titre du candidat :</b>	
<b>6 Adresse du demandeur :</b>	
<b>7 Numéro de téléphone du demandeur :</b>	
<b>8 Adresse e-mail du candidat :</b>	
<b>9 Établissement appartenant à :</b> <input type="checkbox"/> Une association <input type="checkbox"/> Une société <input type="checkbox"/> Un individu <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Autre entité juridique	<b>Dans le cas d'une <u>société</u> ou <u>société de personnes</u>, indiquez le nom, le titre et l'adresse personnelle des dirigeants ou associés :</b> Nom                      Titre                      Adresse _____ _____ _____
<b>10 Propriétaire et titre de l'entreprise :</b> <i>(Nom de la société)</i>	
<b>11 Adresse du propriétaire de l'entreprise :</b> <i>(Adresse de la société)</i>	
<b>12 Personne directement responsable des opérations quotidiennes</b> <i>(Propriétaire. Responsable Superviseur. Responsable, etc.)</i>	
Nom et titre :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de téléphone d'urgence :	
<b>13 Superviseur de district ou régional</b> <i>(le cas échéant)</i>	
Nom et titre :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

<b>14 Source d'eau Évacuation des eaux usées :</b>			
<b>15 Entreprise d'élimination des déchets / Entreprise de transformation (pour la graisse)</b>			
<b>16 Jours et heures d'ouverture :</b> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> Heures d'ouverture le dimanche : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Lundi Heures : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Mardi Heures : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Mercredi Heures : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Jeudi Heures : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Vendredi Heures : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Samedi Heures : _____</div> </div>			
<b>17 Nombre d'employés dans le secteur alimentaire :</b>			
<b>18 Nom de la personne responsable certifiée en Gestion de la protection alimentaire :</b> <i>Veuillez joindre une copie du certificat</i>			
<b>19 Avez-vous une personne formée aux procédures anti-étouffement ?</b> <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non         </div> <i>(Si 25 sièges ou plus)</i>			
<b>20 Type d'établissement</b> <i>(Coche toutes les cases pertinentes)</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Commerce de détail <b>pieds carrés</b> _____  <input type="checkbox"/> Service alimentaire <b>Nombre de sièges</b> _____  <input type="checkbox"/> Service alimentaire à emporter  <input type="checkbox"/> Restauration collective    <div style="text-align: center;"><b>Repas/jour</b> _____ <b>Lits</b> _____</div> <input type="checkbox"/> Traiteur  <i>(Personnel servant les repas - pas seulement la livraison de grandes quantités de nourriture)</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Livraison de repas  <input type="checkbox"/> Alimentation mobile  <i>(Ex : chariot à pousser)</i>  <input type="checkbox"/> Restauration mobile sans réservation  <i>(Ex : Camion-restaurant ou remorque)</i>  <input type="checkbox"/> Boulangerie  <input type="checkbox"/> Fabricant de desserts glacés  <input type="checkbox"/> Autre - Décrivez : _____            _____            _____         </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Commerce de détail <b>pieds carrés</b> _____ <input type="checkbox"/> Service alimentaire <b>Nombre de sièges</b> _____ <input type="checkbox"/> Service alimentaire à emporter <input type="checkbox"/> Restauration collective  <div style="text-align: center;"><b>Repas/jour</b> _____ <b>Lits</b> _____</div> <input type="checkbox"/> Traiteur <i>(Personnel servant les repas - pas seulement la livraison de grandes quantités de nourriture)</i>	<input type="checkbox"/> Livraison de repas <input type="checkbox"/> Alimentation mobile <i>(Ex : chariot à pousser)</i> <input type="checkbox"/> Restauration mobile sans réservation <i>(Ex : Camion-restaurant ou remorque)</i> <input type="checkbox"/> Boulangerie <input type="checkbox"/> Fabricant de desserts glacés <input type="checkbox"/> Autre - Décrivez : _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Commerce de détail <b>pieds carrés</b> _____ <input type="checkbox"/> Service alimentaire <b>Nombre de sièges</b> _____ <input type="checkbox"/> Service alimentaire à emporter <input type="checkbox"/> Restauration collective  <div style="text-align: center;"><b>Repas/jour</b> _____ <b>Lits</b> _____</div> <input type="checkbox"/> Traiteur <i>(Personnel servant les repas - pas seulement la livraison de grandes quantités de nourriture)</i>	<input type="checkbox"/> Livraison de repas <input type="checkbox"/> Alimentation mobile <i>(Ex : chariot à pousser)</i> <input type="checkbox"/> Restauration mobile sans réservation <i>(Ex : Camion-restaurant ou remorque)</i> <input type="checkbox"/> Boulangerie <input type="checkbox"/> Fabricant de desserts glacés <input type="checkbox"/> Autre - Décrivez : _____ _____ _____		

### TCS - Contrôle de la température et du temps pour plus de sécurité

Les aliments TCS doivent être conservés hors de la zone de température dangereuse (41 °F à 135 °F). Les aliments TCS les plus courants comprennent : les produits carnés, les œufs, les poissons et crustacés, les produits laitiers, la crème ou la crème anglaise, les légumes cuits, les plats à base de pommes de terre, les plantes riches en protéines, les germes crus, les légumes verts à feuilles coupés, l'ail coupé dans l'huile, les melons coupés en tranches et les tomates.

### Non-TCS - Aucun contrôle de la température/du temps requis

Les aliments non TCS ne favorisent pas la prolifération des bactéries pathogènes. Les aliments courants non TCS comprennent : les produits secs, les céréales sèches, les aliments déshydratés, les biscuits, les bonbons, le pop-corn, les chips, les sodas en canette.

### RTE - Aliments prêts à consommer

Les aliments prêts à consommer qui ne nécessitent pas d'être cuits ou réchauffés avant d'être servis. Les aliments prêts à consommer comprennent : les sandwichs, les salades, les muffins.

1010 Massachusetts Ave, 4e étage, Boston MA 02118

Tél. : (617) 635-5326 Fax : (617) 635-5388 Email : [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov) Site web : [www.boston.gov](http://www.boston.gov)

21 Vendez-vous des plats TCS préparés à la commande ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
22 Livrez-vous les plats dans l'heure qui suit leur préparation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
23 Préparez-vous des plats TCS à conserver au chaud ou au froid pour un service de repas unique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
24 Préparez-vous des plats chauds TCS cuits et refroidis ou maintenus au chaud pour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
25 Réchauffez-vous les aliments transformés industriellement pour les servir dans les 4 heures ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
26 Préparez-vous des plats non TCS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
27 Vendez-vous des aliments préemballés dans le commerce ? <b>Cochez toutes les réponses pertinentes :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
28 Fabriquez-vous et conditionnez-vous de la glace destinée à la vente au détail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
29 Fabriquez-vous et emballez-vous des jus destinés à la vente au détail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
30 Vendez-vous des aliments crus d'origine animale <u>destinés à être préparés par les consommateurs ?</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
31 Est-ce que vous <u>servez-vous</u> des aliments crus ou insuffisamment cuits d'origine animale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
32 Préparez-vous des plats/repas individuels pour des événements avec service traiteur ou pour la restauration collective ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
33 Préparez-vous des repas pour un établissement accueillant une population très vulnérable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
34 Vendez-vous au détail des aliments récupérés, périmés ou reconditionnés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
35 Proposez-vous un service en libre-service à vos clients ? <b>Cochez toutes les réponses pertinentes :</b> <input type="checkbox"/> TCS	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
36 Utilisez-vous un processus qui nécessite une variance et/ou un plan HACCP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
37 Emballez-vous les aliments sous vide sur place ou cuisinez-vous/réfrigérez-vous les produits sur place ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

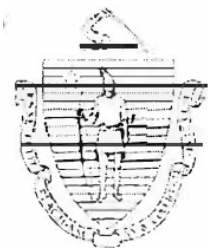
Je soussigné(e) atteste de l'exactitude des informations fournies dans cette demande et je confirme que l'établissement alimentaire sera conforme à la norme 105 CMR 590.000 et à toutes les autres lois applicables. Le Conseil de santé m'a expliqué comment obtenir des copies du document 105 CMR 590.000, du Code alimentaire fédéral 2013 et du supplément 2015.

**Signature du demandeur :** \_\_\_\_\_

Conformément à l'article 49A du chapitre 62C du MGL, je certifie sous peine de parjure que, à ma connaissance, j'ai rempli toutes les déclarations fiscales requises par la loi et payé tous les impôts dus à l'État.

**Numéro d'identification fédéral / numéro EIN :** \_\_\_\_\_

**Signature du nom de la personne physique ou morale :** \_\_\_\_\_



**L'État du Massachusetts**  
**Département des accidents du travail**  
**Bureau des enquêtes**  
**Lafayette City Center**  
**2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750**  
**www.mass.gov/dia**

**Déclaration sous serment relative à l'assurance accidents du travail :**  
**Constructeurs/Entrepreneurs/Électriciens/Plombiers**

**Informations sur le candidat**

**Veuillez écrire lisiblement**

Nom ( entreprise/organisation/particulier ) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville/État/Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous un employeur ? Cochez la case appropriée :**

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Je suis un employeur avec _____ employés (à temps plein et/ou à temps partiel).*  | 4. <input type="checkbox"/> Je suis entrepreneur général et j'ai engagé les sous-traitants dont la liste figure sur la feuille ci-jointe. Ces sous-traitants ont des employés et ont souscrit une assurance accidents du travail.‡      |
| 2. <input type="checkbox"/> Je suis propriétaire unique ou associé et n'ai aucun employé travaillant pour moi à quelque titre que ce soit. [Aucune assurance accidents du travail requise.] | 5. <input type="checkbox"/> Nous sommes une société et ses dirigeants ont exercé leur droit d'exemption conformément au chapitre MGL c. 152, § 1(4), et nous n'avons pas d'employés. [Aucune assurance accidents du travail requise.] † |
| 3. <input type="checkbox"/> Je suis propriétaire et j'effectue tous les travaux moi-même. [Aucune assurance accidents du travail requise.] †  |   |

**Type de projet (obligatoire) :**

- |   |
|---|
| 6. <input type="checkbox"/> Nouvelle construction               |
| 7. <input type="checkbox"/> Rénovation                          |
| 8. <input type="checkbox"/> Démolition                          |
| 9. <input type="checkbox"/> Extension de bâtiment               |
| 10. <input type="checkbox"/> Réparations ou ajouts électriques  |
| 11. <input type="checkbox"/> Réparations ou ajouts de plomberie |
| 12. <input type="checkbox"/> Réparations de toiture             |
| 13. <input type="checkbox"/> Autre _____                        |

\*Tout candidat qui coche la case n° 1 doit également remplir la section ci-dessous en indiquant les informations relatives à sa police d'assurance accidents du travail.

† Les propriétaires qui soumettent cette déclaration sous serment indiquant qu'ils effectuent tous les travaux eux-mêmes, puis engagent des entrepreneurs externes, doivent soumettre une nouvelle déclaration sous serment indiquant cette situation.

‡ Les entrepreneurs qui cochent cette case doivent joindre une feuille supplémentaire indiquant le nom des sous-traitants et précisant si ces entités ont ou non des employés. Si les sous-traitants ont des employés, ils doivent fournir leur numéro de police d'assurance accidents du travail.

**Je suis un employeur qui fournit une assurance accidents du travail à mes employés. Vous trouverez ci-dessous les informations relatives à la politique et au site de travail.**

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police ou auto-assurance. Mensonge n° : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Adresse du chantier : \_\_\_\_\_ Ville/État/Code postal : \_\_\_\_\_

**Joignez une copie de la page de déclaration de la police d'assurance accidents du travail (indiquant le numéro de police et la date d'expiration).**

Défaut d'obtenir la couverture requise en vertu de l'article 25A du chapitre MGL c. 152 peut entraîner l'imposition de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à une amende de 1 500,00 \$ et/ou un an d'emprisonnement, ainsi que des sanctions civiles sous la forme d'une ORDONNANCE DE SUSPENSION DES TRAVAUX et d'une amende pouvant aller jusqu'à 250,00 \$ par jour à l'encontre du contrevenant. Veuillez noter qu'une copie de cette déclaration peut être transmise au Bureau des enquêtes de la DIA afin de vérifier la couverture d'assurance.

**Je certifie par la présente, sous peine de sanctions pénales pour parjure, que les informations fournies ci-dessus sont véridiques et exactes.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

***À usage officiel uniquement. Ne pas écrire dans cette zone, à remplir par un représentant officiel de la ville ou de la commune.***

Ville ou commune : \_\_\_\_\_ Numéro de permis/licence \_\_\_\_\_

Autorité émettrice (cochez une case) :

1 ☐ Conseil de santé 2 ☐ Service de l'urbanisme 3 ☐ Secrétaire municipal 4 ☐ Inspecteur en électricité

5 ☐ Plomberie Inspecteur 6 ☐ Autre \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

# Informations et instructions

Le chapitre 152 des lois générales du Massachusetts exige que tous les employeurs fournissent une indemnisation aux travailleurs pour leurs employés. Conformément à cette loi, un **employé** est défini comme « toute personne au service d'une autre dans le cadre d'un contrat de travail, explicite ou implicite, oral ou écrit. »

Un **employeur** est défini comme « une personne physique, une société de personnes, une association, une société ou toute autre personne morale, ou deux ou plusieurs des entités susmentionnées engagées dans une entreprise commune, y compris les représentants légaux d'un employeur décédé, ou le séquestre ou le syndic d'une personne physique, d'une société de personnes, d'une association ou de toute autre personne morale, employant des salariés. Toutefois, le propriétaire d'une maison d'habitation ne comportant pas plus de trois appartements et qui y réside, ou l'occupant d'une maison d'habitation appartenant à un tiers qui emploie des personnes pour effectuer des travaux d'entretien, de construction ou de réparation sur cette maison d'habitation ou sur le terrain ou le bâtiment qui en fait partie, n'est pas considéré comme un employeur du fait de cet emploi. »

Le chapitre 152, §25C(6) du MGL stipule également que « **tout organisme d'octroi de licences étatique ou local doit refuser de délivrer ou de renouveler une licence ou un permis d'exploitation d'une entreprise ou de construction de bâtiments dans le Commonwealth à tout demandeur qui n'a pas fourni de preuve acceptable de conformité à la couverture d'assurance requise.** » Additionn11y, MGL chapitre 152, §25C(7) stipule que « Ni le Commonwealth ni aucune de ses subdivisions politiques ne peuvent conclure de contrat pour l'exécution de travaux publics tant que des preuves acceptables de conformité aux exigences d'assurance du présent chapitre n'ont pas été présentées à l'autorité contractante. »

---

## Candidats

Veillez remplir intégralement la déclaration sous serment relative à l'indemnisation des accidents du travail, en cochant les cases qui correspondent à votre situation et, si nécessaire, en indiquant le(s) nom(s), adresse(s) et numéro(s) de téléphone du (des) sous-traitant(s), ainsi que leur(s) certificat(s) d'assurance. Les sociétés à responsabilité limitée (LLC) ou les sociétés en nom collectif à responsabilité limitée (LLP) qui n'ont pas d'autres employés que leurs membres ou associés ne sont pas tenues de souscrire une assurance accidents du travail. Si une LLC ou une LLP emploie des salariés, une police d'assurance est obligatoire. Veillez noter que cette déclaration sous serment peut être soumise au Département des accidents du travail afin de confirmer la couverture d'assurance. **Veillez également à signer et à dater l'affidavit.** La déclaration sous serment doit être renvoyée à la ville ou à la municipalité où la demande de permis ou de licence est déposée, et **non** au Département des accidents du travail. Si vous avez des questions concernant la loi ou si vous devez souscrire une assurance accidents du travail, veuillez appeler le ministère au numéro indiqué ci-dessous. Les entreprises auto-assurées doivent indiquer leur numéro de licence d'auto-assurance dans la ligne appropriée.

---

## Responsables municipaux ou locaux

Veillez vous assurer que la déclaration sous serment est complète et imprimée de manière lisible. Le ministère a prévu un espace au bas de l'affidavit que vous devez remplir au cas où le Bureau des enquêtes aurait besoin de vous contacter au sujet du demandeur. Veillez vous assurer de remplir le numéro de permis/licence qui servira de numéro de référence. De plus, un demandeur qui doit présenter plusieurs demandes de permis/licence au cours d'une année donnée n'a qu'à présenter une seule déclaration sous serment indiquant les informations relatives à la police en vigueur (si nécessaire) et, sous « Adresse du lieu de travail », le demandeur doit inscrire « tous les emplacements à \_\_\_\_ (ville ou localité). » Une copie de l'affidavit officiellement tamponné ou marqué par la ville ou la municipalité peut être fournie au demandeur comme preuve qu'un affidavit valide est enregistré pour de futurs permis ou licences. Une nouvelle déclaration sous serment doit être remplie chaque année. Lorsqu'un propriétaire ou un citoyen obtient une licence ou un permis qui n'est pas lié à une activité commerciale ou entrepreneuriale (par exemple, une licence pour chien ou un permis pour brûler des feuilles, etc.), cette personne n'est PAS tenue de remplir cette déclaration sous serment.

Le Bureau des enquêtes vous remercie d'avance pour votre coopération. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous appeler.

---

Adresse, numéro de téléphone et numéro de fax du département :

L'État du Massachusetts  
Département des accidents du travail  
**Bureau des enquêtes**  
Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette  
Boston, MA 02111-1750

Tél. (617) 727-4900 ou 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

[www.mass.gov/dia](http://www.mass.gov/dia)

Révisé en juillet 2019