



# Procédure pour présenter une demande de permis d'exploitation d'un établissement alimentaire

## Section 1 - Demander un permis

En personne ou en ligne par e-mail

⇒ **Tous les établissements nécessitent un permis d'exploitation d'établissement alimentaire et une inspection avant de pouvoir servir des aliments au public.**

Voici ce dont vous aurez besoin :	Étapes :
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Demande de permis d'exploitation d'un établissement alimentaire</li><li><input type="checkbox"/> Attestation d'assurance contre les accidents du travail</li><li><input type="checkbox"/> Numéro d'identification fiscale fédérale (numéro EIN)</li><li><input type="checkbox"/> Certificat de responsable sécurité alimentaire (CFPM - Food Protection Manager Certificate)</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Assurez-vous d'avoir réuni et rempli l'ensemble des justificatifs, des informations et des documents mentionnés. Vous pouvez apporter les justificatifs lors de votre rendez-vous ou les envoyer par e-mail à l'avance.</li><li>2. Prenez rendez-vous avec ISD Health en appelant le <b>617-635-5326</b> ou par e-mail à l'adresse <b>ISDHealth@boston.gov</b></li></ol>

## Section 2 - Examen du plan

En personne, uniquement sur rendez-vous

⇒ **En plus d'un permis de manipulation d'aliments et d'une inspection, vous aurez besoin d'un examen du plan si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :**

- Construction d'un nouveau restaurant
- Construction, rénovation ou modifications de la disposition dans un établissement existant
- Nouveaux équipements ou modifications du menu

Voici ce dont vous aurez besoin :	Étapes :
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fiche de renseignements sur l'examen du plan</li><li><input type="checkbox"/> 2 exemplaires des plans d'étage (à l'échelle)</li><li><input type="checkbox"/> Spécifications des équipements (NSF/UL ou équivalent)</li><li><input type="checkbox"/> Menu</li><li><input type="checkbox"/> Paiement</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Assurez-vous d'avoir réuni et rempli l'ensemble des justificatifs, des informations et des documents mentionnés</li><li>2. Prenez rendez-vous pour un examen du plan avec ISD Health par téléphone ou par e-mail</li><li>3. Munissez-vous de tous les documents mentionnés imprimés et remplis lors de votre rendez-vous, en plus du règlement des frais applicables</li><li>4. Pendant votre examen du plan, notre équipe passera en revue les spécifications de votre établissement commercial et de votre menu.</li><li>5. Après cet examen, présentez votre plan cacheté à ISD Building. Ce service le révisera et vous fournira des conseils sur les permis supplémentaires requis</li></ol>

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

Tél. : (617) 635-5326 Fax : (617) 635-5388 E-mail : ISDHealth@boston.gov Site Internet : www.boston.gov



## Procédure pour présenter une demande de permis d'exploitation d'un établissement alimentaire

### Section 3 - Inspection d'ouverture

En personne, uniquement sur rendez-vous

⇒ Avant de pouvoir ouvrir vos portes au public, vous devez passer une inspection d'ouverture. En plus de cette inspection d'ouverture, les établissements alimentaires sont inspectés une à trois fois par an.

Voici ce dont vous aurez besoin :	Étapes :
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Paiement de tous les frais</li><li><input type="checkbox"/> Certificat allergènes</li><li><input type="checkbox"/> Certificat d'occupation (CO - Certificate of Occupancy)</li><li><input type="checkbox"/> Certificat d'inspection (CI - Certificate of Inspection)</li><li><input type="checkbox"/> Permis d'exploitant d'un établissement de restauration (le cas échéant)</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Prenez rendez-vous pour votre inspection d'ouverture en appelant le <b>617-635-5326</b> ou par e-mail à l'adresse <b>ISDHealth@boston.gov</b></li><li>2. Au moment de votre inspection, tout doit être prêt pour commencer à exploiter votre établissement. Vous devez être complètement prêt(e) afin de pouvoir servir votre premier client dès le moment où l'inspecteur vous quitte.</li></ol>

### Vous avez besoin d'aide ?

Contactez ISD Health par téléphone ou par e-mail si vous avez des questions ou des préoccupations.

Un membre de l'équipe rencontrera les propriétaires d'établissement, passera en revue avec eux le processus pour leurs situations particulières et les aidera à mieux comprendre ce dont ils ont besoin.

**Tél. :** (617) 635-5326

**Fax :** (617) 635-5388

**E-mail :** ISDHealth@boston.gov

**Division of Health Inspections**

**1010 Massachusetts Ave.**

**Boston, MA 02118**

Heures de bureau : Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h

1010 Massachusetts Ave, 4th Floor, Boston MA 02118

**Tél. :** (617) 635-5326    **Fax :** (617) 635-5388    **E-mail :** ISDHealth@boston.gov    **Site Internet :** www.boston.gov



## 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 société ou société de personnes, 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>	
<input type="checkbox"/>	Heures d'ouverture le dimanche : _____
<input type="checkbox"/>	Lundi Heures : _____
<input type="checkbox"/>	Mardi Heures : _____
<input type="checkbox"/>	Mercredi Heures : _____
<input type="checkbox"/>	Jeudi Heures : _____
<input type="checkbox"/>	Vendredi Heures : _____
<input type="checkbox"/>	Samedi Heures : _____
<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>Veillez joindre une copie du certificat</i>	
<b>19 Avez-vous une personne formée aux procédures anti-étouffement ?</b> <i>(Si 25 sièges ou plus)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>20 Type d'établissement</b> <i>(Coche toutes les cases pertinentes)</i>	
<input type="checkbox"/> Commerce de détail <b>pieds carrés</b> _____	<input type="checkbox"/> Livraison de repas
<input type="checkbox"/> Service alimentaire <b>Nombre de sièges</b> _____	<input type="checkbox"/> Alimentation mobile <i>(Ex : chariot à pousser)</i>
<input type="checkbox"/> Service alimentaire à emporter	<input type="checkbox"/> Restauration mobile sans réservation <i>(Ex : Camion-restaurant ou remorque)</i>
<input type="checkbox"/> Restauration collective	<input type="checkbox"/> Boulangerie
<b>Repas/jour</b> _____	<input type="checkbox"/> Fabricant de desserts glacés
<b>Lits</b> _____	<input type="checkbox"/> Autre - Décrivez : _____
<input type="checkbox"/> Traiteur <i>(Personnel servant les repas - pas seulement la livraison de grandes quantités de nourriture)</i>	_____
	_____
	_____

### 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 Site web : 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

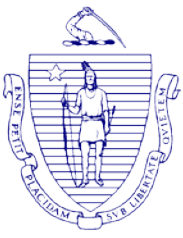
Je soussigné(e) atteste de l'exactitude des informations fournies dans cette demande et je confirme que l'établissement alimentaire sera conforme à la norme 105 CMR 590.000 et à toutes les autres lois applicables. Le Conseil de santé m'a expliqué comment obtenir des copies du document 105 CMR 590.000,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



**The Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Industrial Accidents  
 Office of Investigations  
 Lafayette City Center  
 2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750  
 www.mass.gov/dia**

**Workers' Compensation Insurance Affidavit: General Businesses**

**Applicant Information**

**Please Print Legibly**

Business/Organization Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Are you an employer? Check the appropriate box:**

- 1.  I am a employer with \_\_\_\_\_ employees (full and/ or part-time).\*
- 2.  I am a sole proprietor or partnership and have no employees working for me in any capacity. [No workers' comp. insurance required]
- 3.  We are a corporation and its officers have exercised their right of exemption per c. 152, §1(4), and we have no employees. [No workers' comp. insurance required]\*\*
- 4.  We are a non-profit organization, staffed by volunteers, with no employees. [No workers' comp. insurance req.]

**Business Type (required):**

- 5.  Retail
- 6.  Restaurant/Bar/Eating Establishment
- 7.  Office and/or Sales (incl. real estate, auto, etc.)
- 8.  Non-profit
- 9.  Entertainment
- 10.  Manufacturing
- 11.  Health Care
- 12.  Other \_\_\_\_\_

\*Any applicant that checks box #1 must also fill out the section below showing their workers' compensation policy information.

\*\*If the corporate officers have exempted themselves, but the corporation has other employees, a workers' compensation policy is required and such an organization should check box #1.

***I am an employer that is providing workers' compensation insurance for my employees. Below is the policy information.***

Insurance Company Name: \_\_\_\_\_

Insurer's Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Policy # or Self-ins. Lic. # \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

**Attach a copy of the workers' compensation policy declaration page (showing the policy number and expiration date).**

Failure to secure coverage as required under § 25A of MGL c. 152 can lead to the imposition of criminal penalties of a fine up to \$1,500.00 and/or one-year imprisonment, as well as civil penalties in the form of a STOP WORK ORDER and a fine of up to \$250.00 a day against the violator. Be advised that a copy of this statement may be forwarded to the Office of Investigations of the DIA for insurance coverage verification.

***I do hereby certify, under the pains and penalties of perjury that the information provided above is true and correct.***

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

Phone #: \_\_\_\_\_

**Official use only. Do not write in this area, to be completed by city or town official.**

City or Town: \_\_\_\_\_ Permit/License # \_\_\_\_\_

**Issuing Authority (check one):**

- 1. Board of Health    2. Building Department    3. City/Town Clerk    4. Licensing Board
- 5. Selectmen's Office    6. Other \_\_\_\_\_

Contact Person: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

# Information and Instructions

Massachusetts General Laws chapter 152 requires all employers to provide workers' compensation for their employees. Pursuant to this statute, an *employee* is defined as "...every person in the service of another under any contract of hire, express or implied, oral or written."

An *employer* is defined as "an individual, partnership, association, corporation or other legal entity, or any two or more of the foregoing engaged in a joint enterprise, and including the legal representatives of a deceased employer, or the receiver or trustee of an individual, partnership, association or other legal entity, employing employees. However, the owner of a dwelling house having not more than three apartments and who resides therein, or the occupant of the dwelling house of another who employs persons to do maintenance, construction or repair work on such dwelling house or on the grounds or building appurtenant thereto shall not because of such employment be deemed to be an employer."

MGL chapter 152, §25C(6) also states that "**every state or local licensing agency shall withhold the issuance or renewal of a license or permit to operate a business or to construct buildings in the commonwealth for any applicant who has not produced acceptable evidence of compliance with the insurance coverage required.**" Additionally, MGL chapter 152, §25C(7) states "Neither the commonwealth nor any of its political subdivisions shall enter into any contract for the performance of public work until acceptable evidence of compliance with the insurance requirements of this chapter have been presented to the contracting authority."

---

## Applicants

Please fill out the workers' compensation affidavit completely, by checking the boxes that apply to your situation and, if necessary, supply your insurance company's name, address and phone number along with a certificate of insurance. Limited Liability Companies (LLC) or Limited Liability Partnerships (LLP) with no employees other than the members or partners, are not required to carry workers' compensation insurance. If an LLC or LLP does have employees, a policy is required. Be advised that this affidavit may be submitted to the Department of Industrial Accidents for confirmation of insurance coverage. **Also be sure to sign and date the affidavit.** The affidavit should be returned to the city or town that the application for the permit or license is being requested, **not** the Department of Industrial Accidents. Should you have any questions regarding the law or if you are required to obtain a workers' compensation policy, please call the Department at the number listed below. Self-insured companies should enter their self-insurance license number on the appropriate line.

---

## City or Town Officials

Please be sure that the affidavit is complete and printed legibly. The Department has provided a space at the bottom of the affidavit for you to fill out in the event the Office of Investigations has to contact you regarding the applicant. Please be sure to fill in the permit/license number which will be used as a reference number. In addition, an applicant that must submit multiple permit/license applications in any given year, need only submit one affidavit indicating current policy information (if necessary). A copy of the affidavit that has been officially stamped or marked by the city or town may be provided to the applicant as proof that a valid affidavit is on file for future permits or licenses. A new affidavit must be filled out each year. Where a home owner or citizen is obtaining a license or permit not related to any business or commercial venture (i.e. a dog license or permit to burn leaves etc.) said person is NOT required to complete this affidavit.

The Office of Investigations would like to thank you in advance for your cooperation and should you have any questions, please do not hesitate to give us a call.

---

The Department's address, telephone and fax number:

The Commonwealth of Massachusetts  
Department of Industrial Accidents  
**Office of Investigations**  
Lafayette City Center  
2 Avenue de Lafayette,  
Boston, MA 02111-1750

Tel. (857) 321-7406 or 1-877-MASSAFE

Fax (617) 727-7749

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