

# Demande de Certificat d'inspection sanitaire des unités de vente ambulante de produits alimentaires

Utilisez ce formulaire pour demander un Certificat d'inspection sanitaire afin d'exploiter légalement votre unité de vente ambulante. Une demande doit être déposée pour chaque unité.

## ÉTAPE 1 : Rassembler tous les justificatifs. Soumettre une copie des documents, PAS les originaux.

Pour **TOUTES** les demandes, soumettre les éléments suivants :

- Pièce d'identité officielle avec photo du propriétaire
- Certificat de Responsable de la protection des denrées alimentaires l'installation/ (CFPM) du propriétaire
- Immatriculation valide du véhicule de l'unité de vente ambulante
- Menu actuel proposé aux consommateurs
- Rapport d'inspection le plus récent et licence commerciale de dépôt (si l'installation est située hors du DC)
- Contrat de stationnement (le cas échéant ; voir Étape 3, Parking)

En cas de **renouvellement ou de changement de propriétaire**, fournir également :

- Badges d'employé du commerçant délivrés par le DLCP pour tous les employés
- Licence commerciale de commerçant délivré par le DLCP
- Permis d'occupation de l'espace de vente délivré par le DLCP (le cas échéant)
- Permis de feu du DC délivré par le DC Fire EMS (service d'incendie et de secours du DC) (le cas échéant)

Si vous soumettez une **nouvelle demande**, fournir également :

- Plan d'étage/plans de l'unité de vente ambulante (version numérique ; les plans manuscrits ne sont pas acceptés)
- Fiches techniques des fabricants pour tous les équipements utilisés dans l'unité de vente ambulante (par ex., éviers, réfrigérateurs, fours, friteuses, grils plats, etc.) L'équipement doit être conforme aux normes ANSI/NSF ou équivalentes.

## ÉTAPE 2 : Vérifier si un plan d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (HACCP) est nécessaire.

DC Health a-t-il déterminé que vous aviez besoin d'un plan HACCP ?

 Oui

 Non

Un plan HACCP définit les procédures à suivre pour maintenir le contrôle des aliments potentiellement dangereux pendant la préparation. Ce plan peut être nécessaire en fonction de la complexité de votre menu pour les processus culinaires. Envoyez votre menu par e-mail à [HACCP.Plans@dc.gov](mailto:HACCP.Plans@dc.gov) pour en déterminer la nécessité.

## ÉTAPE 3 : Fournir les informations ci-dessous.

Type de demande (Cocher une seule case)

Nouvelle demande pour une unité de vente ambulante

Renouvellement du Certificat d'inspection sanitaire

Changement de propriétaire

Informations sur l'unité de vente ambulante

Type d'unité de vente ambulante :

Food truck

Chariot ambulante

Camion à glaces

Chariot placé sur un trottoir

(Cocher une seule case)

Remorque magasin

Autre : \_\_\_\_\_

Nom commercial de l'unité de vente ambulante :

Numéro de vignette DC Health :

Numéro d'identification du véhicule :

Numéro de la plaque d'immatriculation :

État de la plaque d'immatriculation :

No. de permis d'espace de vente :

Taille du réservoir d'alimentation en eau propre

(Chariots : Réservoir de 5 gallons obligatoire | Véhicules/Remorques : Réservoir de 38 gallons obligatoire) :

\_\_\_\_\_ gallons

Taille du réservoir de rétention des eaux usées

(Doit être 15 % plus grand que le réservoir d'alimentation en eau propre) :

\_\_\_\_\_ gallons

Longueur de l'unité de vente ambulante

(Pas plus de 18 pieds, 6 pouces (5,6 m) d'un pare-choc à l'autre) :

\_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces

<b>Hauteur de l'unité de vente ambulante</b> <i>Pas plus de 10 pieds, 6 pouces (3,2 m) du bas du pneu au sommet de l'unité) :</i> _____ <b>pieds</b> _____ <b>pouces</b>								
<b>L'unité est-elle capable de produire de l'eau chaude (110 °F /43 °C) pendant toute la durée de votre activité de vente ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
<b>Type de générateurs utilisé dans l'unité :</b> <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre								
<b>Informations sur le commerçant ambulant</b> <i>Indiquer le numéro du Certificat de responsable de la protection alimentaire (CFPM) du DC pour le propriétaire et tout personnel supplémentaire. Joindre des certificats CFPM supplémentaires à la demande, si vous avez plus d'un commerçant ambulant à votre emploi.</i>								
<b>Nom du propriétaire :</b>				<b>No. CFPM :</b>				
<b>Nom du commerçant à son emploi :</b>				<b>No. CFPM :</b>				
<b>Informations sur la propriété</b>								
<b>Entité propriétaire :</b> <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Société par actions <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Société de personnes <input type="checkbox"/> Autre : _____								
<b>Nom de société (le cas échéant) :</b>								
<b>Licence commerciale de vente ambulante du DLCP :</b> <input type="checkbox"/> No. de licence : _____ <input type="checkbox"/> Ma demande de licence est en cours								
<b>Nom du propriétaire :</b>				<b>Téléphone :</b>				
<b>E-mail :</b>								
<b>Adresse :</b>		<b>Suite :</b>		<b>Ville :</b>		<b>État :</b>	<b>Code postal :</b>	
<b>Noms commerciaux pour toutes les unités de vente ambulante détenues :</b>								
<b>Installation de soutien/entrepôt</b> <i>Lieu de stockage et de préparation des aliments, de stationnement et de nettoyage de l'unité de vente ambulante.</i>								
<b>Nom de l'installation :</b>				<b>Nom du propriétaire de l'installation :</b>				
<b>Adresse de l'installation :</b>				<b>Suite :</b>		<b>Ville :</b>	<b>État :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>E-mail du propriétaire de l'installation :</b>				<b>Tél. du propriétaire de l'installation :</b>				
<b>Jours/heures d'utilisation par le commerçant :</b>		<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Judi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
<b>Heures</b>								
<b>Services fournis : (cocher toutes les réponses pertinentes)</b>				<i>Les installations doivent fournir tous les éléments suivis d'un astérisque (*)</i>				
<input type="checkbox"/> Conservation des aliments*		<input type="checkbox"/> Élimination des eaux usées*		<input type="checkbox"/> Élimination des déchets alimentaires*		<input type="checkbox"/> Place de stationnement		
<input type="checkbox"/> Préparation des aliments*		<input type="checkbox"/> Lavage de la vaisselle*		<input type="checkbox"/> Approvisionnement aliments/glace		<input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Approvisionnement en eau potable*		<input type="checkbox"/> Élimination des déchets*		<input type="checkbox"/> Recyclage des graisses		_____		
<b>Stationnement</b> <i>Si vous ne stationnez pas votre unité de vente ambulante dans l'installation susmentionnée, veuillez indiquer ci-dessous les dispositions que vous avez prises pour le stationnement. Une copie de votre contrat de stationnement doit être joint au formulaire soumis.</i>								
<b>Nom du parking sécurisé :</b>								
<b>Nom de la personne à contacter :</b>				<b>Tél. de la personne à contacter :</b>				
<b>Adresse du parking :</b>				<b>Ville :</b>		<b>État :</b>	<b>Code postal :</b>	
<b>Toilettes</b> <i>Indiquer ci-dessous les lieux où vous avez l'intention d'utiliser les toilettes</i>								
<b>Nom et adresse des établissements commerciaux :</b>								

#### ÉTAPE 4 : Certification et signature.

En signant ci-dessous, je certifie qu'à ma connaissance, les informations fournies dans cette demande sont correctes. J'atteste avoir compris que si je fais sciemment une fausse déclaration dans cette demande, je pourrais être condamné(e) à une amende ou à une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 180 jours, ou les deux, comme stipulé dans le Code officiel du DC § 22-2405 ; et ma licence/permis d'exploitation d'un commerce ambulant de produits alimentaires pourrait être suspendu(e) ou révoqué(e).

**Attestation du propriétaire de l'installation :** En signant ce document, j'accepte de fournir des services de soutien à l'unité de vente ambulante mentionnée dans ce document. Je comprends que je suis tenu(e) de maintenir mon installation conformément aux règles et réglementations de mon organisme de réglementation locale. J'atteste que je suis actuellement en règle avec mon organisme de réglementation.

**Attestation du propriétaire de l'unité de vente ambulante :** En signant ce document, j'atteste que :

- Je suis propriétaire de l'unité de vente ambulante mentionnée dans cette demande ;
- J'ai lu et compris, et je respecterai le titre 25-A des règlements municipaux du District de Columbia (DCMR) ;
- J'ordonnerai à toutes les personnes qui travaillent dans ou pour mon établissement alimentaire de respecter les réglementations ;
- J'utiliserai l'installation de soutien indiquée dans ce document aux fins suivantes : (1) préparer les aliments, les entreposer, éliminer les déchets, laver et désinfecter les ustensiles et le matériel, et accomplir toutes les autres actions requises pour servir des aliments sains ; et (2) stationner, nettoyer et entreposer mon unité de vente ambulante ; et
- Je comprends que le non-respect des exigences du titre 25-A du DCMR peut entraîner la suspension de ma licence/mon permis.

Signature du propriétaire de l'installation :

Nom en caractères d'imprimerie :

Date :

Signature du propriétaire de l'unité de vente ambulante :

Nom en caractères d'imprimerie :

Date :

### ÉTAPE 5 : Préparer votre paiement.

**100 \$** par demande de Certificat d'inspection sanitaire **plus 75 \$** pour l'examen HACCP (si nécessaire ; voir Étape 2)

**En personne**

- Chèque ou mandat postal à l'ordre de « DC Treasurer »
- Espèces, crédit ou débit

**Par courrier postal**

- Chèque ou mandat postal à l'ordre de « DC Treasurer »

### ÉTAPE 6 – Soumettre votre demande à DC Health.

**En personne**

2201 Shannon Place SE.  
1st Floor Processing Center  
Washington DC 20020  
Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 13h  
Mercredi de 8h30 à 15h30

**Par courrier postal**

DC Health-Food Safety Division  
Vending Application  
P.O. Box 37489  
Washington, D.C. 20013

### Attendre l'examen de la demande par DC Health

Les demandes sont examinées sous 30 jours calendaires. Les demandes incomplètes seront renvoyées et peuvent retarder le processus. L'état de votre demande vous sera communiqué par e-mail. Si votre demande est approuvée, vous recevrez une Lettre de demande de vente ambulante avec des instructions pour planifier votre inspection préalable à la mise en service/de renouvellement.

Langue préférée

Anglais

Chinois

Vietnamien

Espagnol

Français

Autre : \_\_\_\_\_

Amharique

Coréen

## DC HEALTH POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

<b>Traité par :</b>		<b>Date de traitement :</b>	
<b>Type de demande :</b>	<input type="checkbox"/> Examen (100 \$)	<input type="checkbox"/> Examen + HACCP (175 \$)	
<b>Moyen de paiement :</b>	<input type="checkbox"/> Crédit/Débit	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Chèque/Mandat postal, No. _____
<b>Informations manquantes :</b>			

SIGNEZ LES GASPILLAGES ET LES ABUS : Pour signaler une fraude, un gaspillage ou un abus au sein du gouvernement du District, contactez la ligne d'assistance téléphonique du Bureau de l'Inspecteur général du District de Columbia au 1-800-521-1639 (gratuit) ou au 202-724-TIPS (8477), par e-mail à [hotline.oig@dc.gov](mailto:hotline.oig@dc.gov) ou par ATS au 711. Pour des informations supplémentaires, consultez le site du Bureau de l'Inspecteur général : [oig.dc.gov](http://oig.dc.gov).