



SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE

Fiche d'auto-inspection résidentielle

Veillez remplir les renseignements généraux

Nom :	Prénom :	
Propriétaire <input type="checkbox"/> Représentant <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/>	Téléphone :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	# app : <input type="checkbox"/>

A Informations sur vos avertisseurs de fumée

Sous-sol				
Possédez-vous un ou des avertisseurs de fumée au sous-sol? Combien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Ma maison n'a pas de sous-sol
Où est-il situé?	<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Dans une chambre	<input type="checkbox"/> À proximité de l'escalier	À quelle distance du mur ou plafond adjacent est-il installé? _____
Quel type d'avertisseur de fumée possédez-vous?	<input type="checkbox"/> À pile	<input type="checkbox"/> Circuit électrique	<input type="checkbox"/> Relié à la centrale	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Appuyez sur le bouton test pour vérifier s'il est fonctionnel, l'est-il? (Sauf si relié à la centrale)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Incertain	Faites-vous souvent ce test? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non




Rez-de-chaussée

Possédez-vous un avertisseur de fumée au rez-de-chaussée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	Avez-vous plus d'un avertisseur de fumée?
Où est-il situé?	<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Dans une chambre	<input type="checkbox"/> À proximité de l'escalier	À quelle distance du mur ou plafond adjacent est-il installé? _____
Appuyez sur le bouton test pour vérifier s'il est fonctionnel, l'est-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Incertain	Faites-vous souvent ce test? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel type d'avertisseur de fumée possédez-vous?	<input type="checkbox"/> À pile	<input type="checkbox"/> Circuit électrique	<input type="checkbox"/> Relié à la centrale	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Étage

Possédez-vous un avertisseur de fumée à l'étage?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Ma maison n'a pas d'étage
Où est-il situé?	<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Dans une chambre	<input type="checkbox"/> À proximité de l'escalier	À quelle distance du mur ou plafond adjacent est-il installé? _____
Appuyez sur le bouton test pour vérifier s'il est fonctionnel, l'est-il?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Incertain	Faites-vous souvent ce test? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel type d'avertisseur de fumée possédez-vous?	<input type="checkbox"/> À pile	<input type="checkbox"/> Circuit électrique	<input type="checkbox"/> Relié à la centrale	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

B Avertisseur de monoxyde de carbone

Possédez-vous un avertisseur de monoxyde de carbone?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Quel type d'avertisseur de CO possédez-vous?	<input type="checkbox"/> Pile	<input type="checkbox"/> Électrique	<input type="checkbox"/> Combinée
Quel est le type d'alarme?	<input type="checkbox"/> Visuel	<input type="checkbox"/> Sonore	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Retrouve-t-on un des sigles suivants?   	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Où est-il situé?	<input type="checkbox"/> Près des chambres	<input type="checkbox"/> Sur chaque étage	<input type="checkbox"/> Près du garage attenant à la maison

C						Électricité					
Quel type de panneau électrique possédez-vous?				<input type="checkbox"/> Fusibles		<input type="checkbox"/> Disjoncteurs		<input type="checkbox"/> Ne sais pas			
De quelle distance l'ouverture du panneau est-elle dégagée?				<input type="checkbox"/> 1 mètre		<input type="checkbox"/> Moins d'un mètre		<input type="checkbox"/> Plus d'un mètre			
Ouvrez votre panneau, est-ce que les circuits sont bien identifiés?				<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Approchez votre main sur le panneau, est-ce que votre panneau électrique dégage de la chaleur?				<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Est-ce que vous remarquez des traces de carbonisation? (Couleur brunâtre)				<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Qu'est-ce que vous utilisez pour raccorder vos équipements électriques?				<input type="checkbox"/> Cordon prolongateur		<input type="checkbox"/> Multiprise		<input type="checkbox"/> Multiprise avec parasurtenseur			
D						Chauffage					
De quel type est votre chauffage principal ?			<input type="checkbox"/> Électrique		<input type="checkbox"/> Gaz		<input type="checkbox"/> À l'huile		<input type="checkbox"/> Bioénergie		<input type="checkbox"/> Autres
De quel type est votre Chauffage secondaire ?			<input type="checkbox"/> Bois		<input type="checkbox"/> Gaz		<input type="checkbox"/> À l'huile		<input type="checkbox"/> Granule		<input type="checkbox"/> Autres
Quel est l'équipement utilisé?			<input type="checkbox"/> Foyer		<input type="checkbox"/> Poêle		<input type="checkbox"/> Fournaise		<input type="checkbox"/> Autres		
Quand ramenez-vous votre cheminée? Date du dernier ramonage : _____			<input type="checkbox"/> Toujours à l'automne		<input type="checkbox"/> Toujours à l'automne et au printemps		<input type="checkbox"/> Une année sur deux		<input type="checkbox"/> Nous avons ramoné quelques fois		
E						Extincteur de fumée					
Possédez-vous un extincteur?				<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> ABC <input type="checkbox"/> BC		autre :	
Combien en possédez-vous?				<input type="checkbox"/> Un seul		<input type="checkbox"/> Un à chaque étage		<input type="checkbox"/> Ne sais pas			
Quelle est la date inscrite sur l'extincteur? (Vérifiez sous l'appareil)				Date : _____				Quelle est la quantité ? : _____ lbs			
Quand vérifiez-vous la recharge de votre extincteur? Savez-vous comment il fonctionne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par année		<input type="checkbox"/> De temps en temps		<input type="checkbox"/> Jamais			
F						Plan d'évacuation					
Avez-vous un plan d'évacuation?			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		Quand l'avez-vous fait? Date : _____				
Où se situe votre point de rassemblement? _____			Quand faites-vous des exercices d'évacuation?				<input type="checkbox"/> De temps en temps		<input type="checkbox"/> Jamais		
À quel moment veuillez-vous à ce que vos fenêtres soient en état d'ouvrir?			<input type="checkbox"/> Lors de l'accumulation de neige				<input type="checkbox"/> De temps en temps		<input type="checkbox"/> Jamais		
G						Divers					
Est-ce que vous possédez un foyer extérieur :			<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non					
Possédez-vous une bonbonne de propane pour vos appareils de cuisson ou de chauffage?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Où est son emplacement : _____			<input type="checkbox"/> Debout		<input type="checkbox"/> Couchée
Où est situé votre BBQ?			<input type="checkbox"/> Dans un endroit fermé			<input type="checkbox"/> À l'extérieur		Faites-vous de la friture? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Est-ce que vous fumez dans la maison?			<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non					

Signature : _____

Date : _____