

## ANNEXE 1

MINISTERE D'ETAT

DEPARTEMENT DES AFFAIRES  
SOCIALES ET DE LA SANTE

## DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

## DEMANDE D'AGREMENT

pour l'exploitant d'un établissement du secteur de l'alimentation humaine ou animale

Loi n° 1.330 du 8 janvier 2007 relative à la sécurité alimentaire

Arrêté n° 2009-244 du 15 mai 2009 relatif à l'agrément de l'exploitant d'un établissement du secteur  
de l'alimentation humaine ou animale.

A renvoyer à : Direction de l'Action Sanitaire et Sociale - Le Puccini, 46 boulevard d'Italie - MONACO

IDENTIFICATION	
<b><u>Exploitant de l'établissement</u></b>	
Nom : .....	Téléphone : .....
Prénom : .....	Télécopie : .....
Fonction dans l'établissement : .....	Adresse électronique : .....
<b><u>Coordonnées de l'établissement</u></b>	Adresse de l'établissement : .....
NOM (Raison Sociale) : .....	Code postal : ..... Pays : .....
ENSEIGNE (Nom commercial) : .....	Date d'entrée en activité : .....
Statut juridique : .....	Adresse de courrier (si différent de l'adresse de l'établissement) : .....
Téléphone : .....	Code postal : ..... Pays : .....
Télécopie : .....	Adresse du siège social (si différent de l'adresse de l'établissement) : .....
Date d'ouverture de l'établissement : .....	Code postal : ..... Pays : .....
N° RCI : .....	
N° immatriculation du navire : .....	
<b>Demande d'agrément</b>	
Je soussigné (e)..... sollicite l'agrément en tant que responsable de l'établissement. Je m'engage à faire appliquer le plan de maîtrise sanitaire au sein de l'établissement, tel que défini en annexe 2 de l'arrêté n° 2009-244 du 15 mai 2009 relatif à l'agrément des établissements du secteur de l'alimentation humaine ou animale.	
<b><u>SIGNATURE DU DECLARANT</u></b>	<b>RECEPISSE DE DEMANDE D'AGREMENT</b> <b>(ne valant pas agrément)</b> <b>(cadre réservé à l'administration)</b>
Le .....	Déclaration reçue le .....
Nom-Prénom du signataire : .....	<b>Numéro d'identification unique :</b> .....
Cachet de l'établissement .....	L'agrément sera notifié par courrier séparé si l'inspection du dossier se révèle satisfaisante
Signature .....	
<b>CESSATION D'ACTIVITE</b>	
Date de cessation d'activité : .....	Nom : ..... Prénom : .....
Fonction dans l'établissement : .....	
Date et signature : .....	

Ce document doit être conservé et présenté à toute réquisition des agents des services de contrôle officiels.