



Northeastern  
**PUBLIC HEALTH**  
**SANTÉ PUBLIQUE**  
du Nord-Est

## Avis d'intention d'exploiter un camp de loisirs

[inspections@neph.ca](mailto:inspections@neph.ca)  
1 877 442-1212  
169, rue Pine Sud,  
C.P. 2012  
Timmins, (Ontario) P4N 8B7

Conformément au [Règlement de l'Ontario 503/17 : Camps de loisirs](#), tous les exploitants ou propriétaires de camps de loisirs doivent fournir au médecin-hygiéniste du bureau de santé de leur localité un avis écrit concernant l'exploitation du camp.

**Vous devez soumettre le présent formulaire et le plan de sécurité du camp à Santé publique du Nord-Est (SPNE) au moins 14 jours avant l'ouverture du camp; toutefois, il est préférable de le faire plus longtemps d'avance.**

Vous pouvez déposer les documents à **un des bureaux de SPNE**, les envoyer par la poste, par télécopieur ou par courriel à [inspections@neph.ca](mailto:inspections@neph.ca)

Si vous avez besoin d'aide, appelez le Service de santé environnementale au 1 877 442-1212.

**Construction ou rénovation d'un camp :** Quiconque a l'intention d'exploiter un nouveau camp de loisirs ou de rénover un camp existant doit également soumettre à SPNE les plans et les permis requis aux fins d'approbation avant la construction ou l'exploitation.

**Réouverture d'un camp :** Si un propriétaire/exploitant a l'intention de rouvrir un camp de loisirs qui a été fermé pendant plus de 30 jours, il doit aviser SPNE de la réouverture prévue dans les délais précisés ci-dessus.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CAMP

Nouveau camp <input type="checkbox"/>	Camp déjà établi <input type="checkbox"/>
Nom du camp :	
Date de l'avis :	
Adresse de l'emplacement :	
Canton/Municipalité:	Code postal:
Adresse postale :	
Municipalité :	Code postal :
Numéro de tél. du camp :	Cell :
Courriel :	Télec. :

## PROPRIÉTAIRE ET EXPLOITANT DU CAMP

Nom du propriétaire :	
Adresse postale :	
Municipalité :	Code postal :
Téléphone :	Cell :
Email:	Télec. :
Exploitant sur place/Personne avec qui communiquer au camp :	
Téléphone :	Courriel :





## AIDE MÉDICALE

Hôpital le plus proche :	
<b>Médecin (doit être disponible)</b>	
<input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Sur appel (services immédiatement fournis)	
Nom :	
Téléphone :	Numéro d'enregistrement :
Adresse :	
<b>Une des personnes ci-dessous doit être présente dans le camp de loisirs :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Médecin</b> (comme ci-dessus, s'il réside dans le camp)	
<input type="checkbox"/> <b>Infirmière autorisée ou infirmier autorisé</b>	Nom :
	Coordonnées :
	Qualifications :
	Numéro d'enregistrement :
<input type="checkbox"/> <b>Personne titulaire d'un certificat de secourisme valide ayant 18 ans ou plus</b>	Nom :
	Coordonnées :
	Joindre le certificat

(Utilisez des pièces jointes distinctes concernant d'autres médecins, infirmiers et titulaires d'un certificat de secourisme valide.)

## RÉSEAU D'EAU POTABLE

<input type="checkbox"/> Réseau d'eau municipal (si oui, passez à la section suivante)			
Source autre que le réseau municipal	<input type="checkbox"/> Puits foré	<input type="checkbox"/> Puits creusé	
	<input type="checkbox"/> Lac, précisez :		
	<input type="checkbox"/> Rivière, précisez :		
	<input type="checkbox"/> Autre source d'eau de surface, précisez :		
	<input type="checkbox"/> Autre source, précisez :		
Numéro de réseau d'eau potable (no DWS) :			
Type de traitement :	<input type="checkbox"/> Filtre	<input type="checkbox"/> Lumière ultraviolette	<input type="checkbox"/> Chlore
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
<input type="checkbox"/> <b>Copie ci-jointe des résultats d'analyse d'un échantillon d'eau prélevé moins d'un mois avant l'ouverture ou la location du camp. SPNE doit recevoir ce document avant de permettre l'ouverture du camp.</b>			



