

LISTE DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ À L'ARÉNA

Nom de l'édifice _____

Adresse _____

Responsable des installations _____

Date de l'inspection _____ Effectuée par _____

Poste _____

CONCLUSIONS :

Endroit	Condition			Notes/Commentaires
	Bonne	Acceptable	Inacceptable	
État de la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amarres des filets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Éclairage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bancs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Baie vitrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Qualité de l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bancs des punitions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bancs des officiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mesures d'évacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sorties de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salle des premiers soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Matériel de premiers soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Système de chauffage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vestiaires (toilettes, lavabos, douches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres endroits dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

DEA dans l'aréna Oui Non Emplacement _____

Rapport remis à _____ Date _____

(p. ex., division, responsable de l'aréna, etc.)

Réponse requise Oui Non

Mesures prises
