|  |  |
| --- | --- |
| Date : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE | | |
| Nom légal de l’entreprise : |  | |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : |  | |
| Adresse du site principal à certifier : | Adresse :Ville :Province :Code postal : | |
| Téléphone au bureau : |  | |
| Site internet de l’entreprise : |  | |
| Nom du principal dirigeant : |  | |
| Adresse courriel du dirigeant : |  | |
| Nom du responsable de la certification : |  | |
| Titre du responsable de la certification : |  | |
| Téléphone du responsable de la certification : |  | Cellulaire : |
| Adresse courriel du responsable de la certification : |  | |

|  |
| --- |
| **Emplacement du bureau administratif PRINCIPAL** |
| |  |  | | --- | --- | | **Région administrative où se situe votre bureau administratif :** |  | | **Ville où se situe votre bureau administratif :** |  | |

|  |
| --- |
| **Régions administratives où vous réalisez vos travaux  (la majorité du temps)** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 01 Bas-Saint-Laurent | 06 Montréal | 10 Nord-du-Québec | 14 Lanaudière | | | 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean | 07 Outaouais | 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 15 Laurentides | | | 03 Capitale-Nationale | 08 Abitibi-Témiscamingue | 12 Chaudière-Appalaches | 16 Montérégie | | 04 Mauricie | 09 Côte-Nord | 13 Laval | 17 Centre-du-Québec | | 05 Estrie |  |  |  | |

**PrÉcisez L’ÉchÉancier souhaitÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| Évaluation préliminaire | **Date approximative :** |
| Audit de certification (date de la visite) | **Date approximative :** |
| Avez-vous une date butoir pour l’obtention de l’attestation?  *(ex. : exigence stricte d’un client, fin d’un programme de subvention)* |  |

NOTE : Veuillez noter qu’il est possible que nous ne puissions pas réaliser les activités aux dates souhaitées en raison de la disponibilité des ressources, mais soyez assurés que nous mettrons tout en œuvre pour répondre à votre demande.

| **Renseignements** **GÉNÉRAUX** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seriez-vous intéressé par des audits complétés partiellement à distance?  *NOTE : Sujet à l’évaluation du responsable de programme pour la faisabilité.* | Oui  Non | | | | | |
| Nombre total d’employés permanents | Bureau : | | Opération : | | | |
| Est-ce que des activités se déroulent à l’extérieur du site principal? (ex. : entreposage externe) Si oui, veuillez indiquer l’adresse : |  | Oui |  | Non | | |
| Nom du site : | Adresse : | | | Nombre d’employés : | | |
| Nom du site : | Adresse : | | | Nombre d’employés : | | |
| Avez-vous une production saisonnière? Si oui, précisez la période de l’année où elle se tient : |  | | | | | |
| Nombre total d’employés saisonniers : | Bureau : | | | | Opération : | |
| Langage souhaité pour l’audit : |  | Français | |  | | Anglais |
| Votre documentation est en : |  | Français | |  | | Anglais |
| Détenez-vous des accréditations/des certifications actuellement? (ISO 9001, ISO 14001, etc.)  Si oui, selon quelle(s) norme(s)  Quel est votre organisme  d’accréditation/de certification?  Seriez-vous intéressé à être contacté par un représentant du BNQ pour analyser les différentes options d’accréditation/de certification? | Oui Non      Oui Non | | | | | |
| Avez-vous bénéficié de l’aide d’un consultant pour l’implantation et la mise en œuvre de votre programme? (Nom et entreprise) : |  | | | | | |
| Comment avez-vous entendu parler du BNQ? | Site web BNQ  Consultant  Réseaux sociaux   (ex. LinkedIn) | | | | Publicité  Autre : | |

|  |
| --- |
| **types de travaux réalisés sur forêt publique  (en courS ou à venir)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Oui** | **M3 (approx.)** | **km (approx.)** | | Travaux commerciaux : |  |  |  | | * Récolte de bois |  |  | S.O. | | * Voirie forestière |  | S.O. |  | | * Autres : |  |  |  | | * Autres : |  |  |  | | Travaux sylvicoles non commerciaux : |  | **Ha (approx.)** | **Nbre plants (approx.)** | | * Reboisement |  | S.O. |  | | * Débroussaillage |  |  | S.O. | | * Préparation de terrain |  |  | S.O. | | * Autres : |  |  |  | | * Autres : |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Date prévue du début de vos activités nécessitant la certification : |  | |

|  |
| --- |
| **machinerie appartenant à l’entreprise affectée**  **aux travaux en forêt publique** |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Nombre** | | Travaux commerciaux : |  | | Abatteuse |  | | Porteur |  | | Débardeur |  | | Ébrancheuse |  | | Chargeuse |  | | Pelle excavatrice |  | | Bouteur |  | | Camion de service |  | | Autres : |  | | Autres : |  | | Autres : |  | | Travaux sylvicoles non commerciaux : |  | | Scarificateur |  | | Machinerie utilisée pour le transport de plants, précisez le type : |  | | Camion de service |  | | Autres : |  | |

|  |
| --- |
| **Nombre d’employéS au sein de l’entreprise** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre d’employés affectés à la gestion, à l’administration et à la technique (planification et supervision) |  | Nombre d’employés affectés aux travaux terrain (opérateurs, ouvriers sylvicoles, etc.) | |  |  | |  | | --- | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **LISTE DES SOUS-TRAITANTS (SI APPLICABLE)\*** | |
| *\* Reproduire et remplir la « Fiche d’information sur le sous-traitant » annexée à ce document pour chacun des sous-traitants contractés (à l’exception des sous-traitants détenant la certification CEAF).*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nom des sous-traitants** | **Type de travaux réalisés** | **Nombre de travailleurs** | **Certifié CEAF\*** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **camps forestiers (SI APPLICABLE)\*** |
| *\* Ne s’applique pas dans le cas où l'entreprise paie des nuitées (à la façon d’un hôtel) ou encore loge ses travailleurs dans un camp forestier dont la gestion quotidienne (par exemple les repas, la gestion des déchets ou l’entretien ménager) est assumée par un tiers.*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Liste et nom des camps** | **Permanent** | **Temporaire plus de 20 personnes** | **Temporaire**  **20 personnes ou moins** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTORISATION DE DIVULGATION**  Par la signature du présent formulaire, l’entreprise autorise le BNQ à informer le ministère des Ressources naturelles et des Forêts (MRNF) de son inscription au présent programme de même que, le cas échéant, des résultats menant à la délivrance de l’attestation et de la certification.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Signature : |  | *Date :* |  | |  | Représentant autorisé de l’entreprise |  |  | |

Veuillez retourner ce formulaire dument rempli à la personne ci-dessous mentionnée et n’hésitez surtout pas à communiquer avec nous pour tout renseignement complémentaire.

|  |
| --- |
| **Cout de l’inscription** |
| * 250 $ + 12,50 $ (TPS) + 24,94 $ (TVQ) = 287,44 $, payable au moment de l’inscription et non remboursable.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | | | | | | Mois |  | Année | |  | **Visa** |  | | |  | **Date d’expiration :** |  | / |  | |  | **Master Card** |  | | |  | **Date d’expiration :** |  | / |  | |  |  |  | | |  | **Code de sécurité :** | (3 chiffres) | | | | **Nom du détenteur ou de la détentrice :** | | | M.  Mme |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Chèque :**  à l’ordre du Bureau de normalisation du Québec  Transmettre votre inscription, **accompagnée de votre chèque** et les informations complémentaires à l’adresse suivante. | | | | Bureau de normalisation du Québec (BNQ)  Madame Nancie Carrière  333, rue Franquet  Québec (Québec) G1P 4C7  Téléphone : 418 425-1676  Courriel : nancie.carriere@invest-quebec.com | | | | | | |

**ANNEXE**

**FICHE D’INFORMATION SUR LE SOUS-TRAITANT**

(REMPLIR UNE FICHE POUR CHACUN DES SOUS-TRAITANTS)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du sous-traitant :** |  |

|  |
| --- |
| **Emplacement du bureau administratif PRINCIPAL du sous-traitant** |
| |  |  | | --- | --- | | Région administrative où se situe le bureau administratif : |  | | Ville où se situe le bureau administratif : |  | |

|  |
| --- |
| **Nombre d’employéS du sous-traitant** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre d’employés affectés à la gestion, à l’administration et à la technique (planification et supervision) |  | Nombre d’employés affectés aux travaux terrain  (opérateurs, ouvriers sylvicoles, etc.) | |  |  | |  | | --- | |  | | |

|  |
| --- |
| **types de travaux réalisés pour le compte de l’entreprise**  **(en cours ou à venir)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Oui** | **M3 (approx.)** | **km (approx.)** | | Travaux commerciaux : |  |  |  | | * Récolte de bois |  |  | S.O. | | * Voirie forestière |  | S.O. |  | | * Autres : |  |  |  | | * Autres : |  |  |  | | Travaux sylvicoles non commerciaux : |  | **Ha (approx.)** | **Nbre plants (approx.)** | | * Reboisement |  | S.O. |  | | * Débroussaillage |  |  | S.O. | | * Préparation de terrain |  |  | S.O. | | * Autres : |  |  |  | | * Autres : |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **machinerie appartenant au sous-traitant utilisée pour le contrat** |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Nombre** | | Travaux commerciaux : |  | | Abatteuse |  | | Porteur |  | | Débardeur |  | | Ébrancheuse |  | | Chargeuse |  | | Pelle excavatrice |  | | Bouteur |  | | Camion de service |  | | Autres : |  | | Autres : |  | | Autres : |  | | Travaux sylvicoles non commerciaux : |  | | Scarificateur |  | | Machinerie utilisée pour le transport de plants, précisez le type : |  | | Camion de service |  | | Autres : |  | |