

**Bordereau de suivi des déchets d'amiante ou BSDA (Circulaire du 09.01.97)**

N°11861*01

1. Maître d'ouvrage (dénomination) :		Chantier (code chantier) : / / / / / / / /	N° du BSDA : / / / / / / / / / /
Adresse, Téléphone, Fax :		N° SIRET :	
Responsable :		Adresse du chantier (s'il y a lieu) :	
Filière d'élimination : <input type="checkbox"/> Vitrification <input type="checkbox"/> Stockage mine de sel <input type="checkbox"/> CI 1 <input type="checkbox"/> CI 2 <input type="checkbox"/> CI 3 type F			
Installation : _____			
Adresse – Téléphone : _____			
Désignation du déchet :		N° Certificat d'acceptation préalable :	
Code traçabilité (R ou J) : _____			
Numéro de famille : _____			
Nomenclature Déchets :		Quantité estimée pour la filière :	
<i>Atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus :</i>		Signature du Maître d'ouvrage :	Signature de l'Entreprise :
2. Entreprise de travaux (dénomination) :		Adresse, Téléphone, fax :	Responsable :
N° SIRET :		N°RC :	
Qualification :			
Consistance du déchet :	Nom de la matière :.....	Transport :	
Boues /___/	Immatriculation :.....	
Solide /___/	Déclaration au titre de l'ADR/RID :	Grand Conteneur N° :	
Pulvérulent /___/	N°UN :.....	Scellés N°:.....	
Autre (préciser) /___/	Classe :.....		
	Groupes d'emballages :.....		
Date de remise au transport :	Conditionnement :	Le cas échéant (à compléter par le Collecteur/transporteur) :	
	Doubles -sac mis en GRV /___/	N° de BSDA de regroupement :	
	Palettes filmées /___/	
Poids remis au transport (obligat.) :	Racks /___/		
	Doubles -sacs chargés en GC /___/		
	Autre (précisez) /___/		
<i>Je certifie avoir respecté les obligations prescrites à l'article 4 de l'arrêté A.D.R.</i>	Nombre de scellés :	Numéros des scellés :	
<i>Atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus :</i>	Signature de l'Entreprise :	Signature du Collecteur/Transporteur :	
3. Collecteur/Transporteur (dénomination) :	N° SIRET : 	Responsable :	
Adresse, Téléphone, Fax :			
Stockage : /___/ OUI /___/ NON	Lieu de stockage :	Immatriculation véhicule : 	
<i>Atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus :</i>	Signature du Collecteur/Transporteur :	Signature de l'Éliminateur :	
Date de prise en charge des déchets :		Poids reçu (tonnes) :	
4.Éliminateur :		Adresse, Téléphone, Fax :	
Dénomination :		Responsable :	
N° SIRET :			
Opération sur le déchet : <input type="checkbox"/> Prétraitement <input type="checkbox"/> Regroupement <input type="checkbox"/> Vitrification		Si prétraitement : Description :	
<input type="checkbox"/> Stockage mine de sel <input type="checkbox"/> CI 1 <input type="checkbox"/> CI 2 <input type="checkbox"/> CI 3 type F		Destination finale du déchet :	
Signature de l'Éliminateur :			
Refus de prise en charge le :.....par :Motif :.....(Code)			
En cas de refus, joindre une LETTRE DE JUSTIFICATION et l'agrafer à l'original du BSDA.			

Exemplaire 1 : A remplir par tous les acteurs et à retourner au maître d'ouvrage ou propriétaire ou détenteur

Exemplaire 2 : A conserver par l'éliminateur

Exemplaire 3 : A conserver par le transporteur

Exemplaire 4 : A conserver par l'entreprise

Exemplaire 5 : A conserver par le maître d'ouvrage ou propriétaire ou détenteur

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des pièces
anatomiques humaines**

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

Etablissement producteur		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement														
		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>												
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>												
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>												
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom et signature du responsable														
Nombre de pièces remises au transporteur <input style="width: 40px;" type="text"/>	Date de remise au transporteur <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input style="width: 40px;" type="text"/>	Date de remise au destinataire <input style="width: 100%;" type="text"/>													
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.														
Cachet		Nom et signature														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Crématorium destinataire		N° d'immatriculation <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input style="width: 40px;" type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input style="width: 100%;" type="text"/>													
			Date de la crémation <input style="width: 100%;" type="text"/>													
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant														
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Motifs du refus de prise en charge																

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des pièces
anatomiques humaines**Code de la Santé publique
art. R 44-8
Arrêté du
3 septembre 1999

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

Etablissement producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
Cachet		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature du responsable	
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/>	Date de remise au transporteur <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/>	Date de remise au destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Crématorium destinataire		N° d'immatriculation <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input type="text"/>
Cachet		Date de la crémation <input type="text"/>	
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge			

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des pièces
anatomiques humaines**

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

Etablissement producteur		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement														
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.														
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom et signature du responsable														
Nombre de pièces remises au transporteur <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de remise au transporteur <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de remise au destinataire <input style="width: 100%;" type="text"/>													
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.														
Cachet		Nom et signature														
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>															
Crématorium destinataire		N° d'immatriculation <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input style="width: 100%;" type="text"/>													
			Date de la crémation <input style="width: 100%;" type="text"/>													
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.														
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant														
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Motifs du refus de prise en charge																

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des pièces
anatomiques humaines**

Code de la Santé publique
art. R 44-8
Arrêté du
3 septembre 1999

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

Etablissement producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
Cachet		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature du responsable	
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/>	Date de remise au transporteur <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/>	Date de remise au destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Crématorium destinataire		N° d'immatriculation <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input type="text"/>
Cachet		Date de la crémation <input type="text"/>	
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge			

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des déchets
d'activités de soins
à risques infectieux**

Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

Le producteur de déchets conserve le feuillet n°4 après remise des déchets
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets
L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 au producteur et conserve le feuillet n°2

Producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des déchets
d'activités de soins
à risques infectieux**

Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

Le producteur de déchets conserve le feuillet n°4 après remise des déchets
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets
L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 au producteur et conserve le feuillet n°2

Producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge <input type="text"/>		Nom et signature de l'exploitant	

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des déchets
d'activités de soins
à risques infectieux**

Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

Le producteur de déchets conserve le feuillet n°4 après remise des déchets
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets
L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 au producteur et conserve le feuillet n°2

Producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des déchets
d'activités de soins
à risques infectieux**

Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

Le producteur de déchets conserve le feuillet n°4 après remise des déchets
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets
L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 au producteur et conserve le feuillet n°2

Producteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge <input type="text"/>		Nom et signature de l'exploitant	

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

* Ne pas remplir si l'installation de regroupement assure la collecte et le transport des déchets.

Feuillet n°3

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

1

**BORDEREAU
de PRISE
EN CHARGE**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax		
Adresse de l'installation de valorisation		Type de séparateur d'amalgame	
Téléphone		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Fax		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
<p><i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.</i></p>			
		Date et signature	

Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax		
Regroupement des déchets d'amalgame	Identification du lot	<p><i>J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.</i></p>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro <input type="text"/>		
Lieu de regroupement		Date et signature	

1

**BORDEREAU
de PRISE
EN CHARGE**

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax		
Adresse de l'installation de valorisation		Type de séparateur d'amalgame	
Téléphone		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Fax		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
<p><i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.</i></p>			
Téléphone		Date et signature	
Fax			

Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax		
Regroupement des déchets d'amalgame	Identification du lot	<p><i>J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.</i></p>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro <input type="text"/>		
Lieu de regroupement		Date et signature	

Feuillet n°2 à conserver par le **Collecteur/Transporteur**

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	

Feuillet n°1 à conserver par le Collecteur/Transporteur

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	

Feuillet n°2 à conserver par le **Destinataire/Site de valorisation**

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus	
Date et signature		Date et signature	

Feuillet n°3 à retourner au **Producteur de déchets**

3

BORDEREAU d'ENVOI

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

<i>Producteur de déchets</i>		<i>Destinataire / Site de valorisation</i>	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Type de séparateur d'amalgame		Date de réception des déchets	Date de valorisation des déchets
Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	Date d'envoi au destinataire final	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	
Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
<i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.</i>		<i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.</i>	
Date et signature		Date et signature	

3

**BORDEREAU
d'ENVOI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**
*Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161*
Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Type de séparateur d'amalgame		Date de réception des déchets	Date de valorisation des déchets
Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	Date d'envoi au destinataire final	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	
Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
<i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.</i>		<i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.</i>	
Date et signature		Date et signature	