

**BORDEREAU  
de SUIVI**

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

Code de la Santé publique  
art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté consolidé du 25 février 2004

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

<b>Producteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>
		Poids de déchets remis <i>en tonnes</i> <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur
Cachet		<b>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté consolidé du 25 février 2004 relatif au transport des matières dangereuses.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R.			
Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>	Nom et signature		
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>
		Poids de déchets transportés <i>en tonnes</i> <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire
Cachet		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Cachet		Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>
		poids de déchets pris en charge <i>en tonnes</i> <input type="text"/>	Date de prise en charge
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération
		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur</b>	
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	