

**COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE**

Administration

SERVICE TOURISME

Rue des Palais 42 – 1030 Bruxelles

☎ 02/800 84 67 – 📠 02/800 8277

✉ mschoupe@cocof.irisnet.be

STATUT HOTELIER – décret du 09.11.1990 (MB 11.01.1991) et arrêté du 24.12.1990 (MB 21.06.1991)

Demande d'autorisation pour l'exploitation d'un établissement hôtelier

veuillez remplir le ce formulaire en caractère d'imprimerie ou dactylographié

A. DENOMINATION DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement:

Adresse (rue et numéro):

Code postal:

Commune:

Téléphone:

Fax:

E-mail:

Appellation:

HOTEL – HOSTELLERIE – RELAIS – AUBERGE – MOTEL – PENSION *

* biffer les mentions inutiles

B. NOM DE L'EXPLOITANT

Nom de la société:

Forme juridique:

Adresse (rue et numéro):

Code postal:

Commune:

Téléphone:

Fax:

E-mail:

C. DEMANDE DE CLASSIFICATION

Prière d'entourer la classification à laquelle vous estimez que votre établissement peut répondre:

1 - 2 - 3 - 4 - 5 étoiles

D. PROPRIETAIRE DE L'IMMEUBLE

Nom de la société:

Forme juridique:

Nom / Prénom

(si l'immeuble appartient à une personne physique)

Adresse (rue et numéro):

Code postal:

Commune:

Téléphone:

Fax:

Durée du bail conclu:

prenant cours le:

(date)

E. DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE D'AUTORISATION

1) Si l'exploitant est une société commerciale:

Une copie de l'acte constitutif de la société publié aux annexes du Moniteur Belge

2) Un certificat d'urbanisme, ou une copie conforme du permis de bâtir délivré par les autorités compétentes pour l'aménagement du territoire

3) Un extrait du casier judiciaire, original délivré depuis moins de 3 mois au nom:

a) du Président du Conseil d'administration

b) de l'Administrateur délégué

c) de la personne chargée de la gestion journalière

4) L'extrait des statuts de la société reprenant la délégation de pouvoirs au gestionnaire journalier

5) Une attestation de sécurité-incendie délivrée par le Bourgmestre de la Commune sur le territoire de laquelle se situe l'établissement

Pour que cette demande soit valable, tous les documents repris au point E (de 1 à 5) doivent être joints.

Dans le cas contraire, la demande ne sera pas prise en considération.

F. PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION JOURNALIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom:

Prénom(s):

Domicile (rue et numéro):

Code postal: Commune:

Titulaire de la carte d'identité n°:

Emise le:

Délivrée par l'Administration communale de:

Province:

Nom et signature du gestionnaire journalier

G. INFORMATION GÉNÉRALE

Période et/ou jour de fermeture:

Nombre de chambres:

Nombre d'étages accessibles aux hôtes, rez-de-chaussée compris:

Téléphone: Fax:

E-mail de l'établissement:

E-mail du gestionnaire journalier:

Site internet:

Bâtiment "annexe" destiné au logement des hôtes: oui – non*

Nombre de chambres à coucher dans l'annexe:

Adresse complète de l'annexe

H. CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Nombre de chambres avec salle de bains privée
(bain/douche, lavabo et WC):

Si toutes les chambres ne disposent pas de salle de bains privée;

Nombre de chambres avec lavabo uniquement:

Nombre de salles de bains communes dans l'établissement
(bain/douche et lavabo):

Nombre de WC communs dans l'établissement:

Le soussigné autorise le Ministre qui a le Tourisme dans ses attributions à faire procéder sur place par ses fonctionnaires ou agents aux vérifications jugées utiles ou nécessaires.

Certifié sincère et véritable

Date

Nom et Signature
du Président du Conseil d'administration
ou de l'Administrateur délégué