

Audit initial Audit de renouvellement Date de délivrance du titre par la Préfecture :

Nom du / des dirigeants :

Nom du/des postulants au Titre de Maître Restaurateur :

Dirigeant Employé / Dirigeant Employé

Fonction(s) occupée(s) par le / les postulants au sein du restaurant :

Identification du restaurant (à compléter - 1 fiche d'identité par site concerné) :

Nom du restaurant concerné :

Adresse du restaurant :

Code postal : Ville :

Raison sociale (si différente) :

Statut juridique :

N° SIRET N° TVA Intracommunautaire :

Adresse du siège social (si différente du restaurant) :

Code postal : Ville :

Nom de l'interlocuteur pour l'audit : Fonction :

Tél. de l'établissement : Tél portable :

Courriel :@.....

Restaurant : Si possible, merci de joindre une plaquette de présentation de votre établissement Etoilé Gastronomique Traditionnelle Terroir/Régionale Brasserie/Bistro(t) Autre :

Nombre de couverts : Prix des menus variant de à

Période de fermeture annuelle :

Jour(s) de fermeture hebdomadaire le midi :

Jour (s) de fermeture hebdomadaire le soir :

Délai attendu pour la réalisation de l'audit¹ : dès que possible pas avant le :¹ contractuellement nous intervenons dans les 2 mois, sauf cas particulier.

L'entreprise participe à une/des démarche(s) collective(s) spécifique(s) à l'hôtellerie-restauration:

 Sans Restauration Traditionnelle Régionale Logis de France Qualité Tourisme Collège culinaire de France Autres.....

L'établissement dispose-t-il également d'un hôtel ?

NON OUI Si le tarif de la chambre single de base est inférieur à 70€, cocher la case :

Y a-t-il eu un accompagnement par un prestataire de service pour une mise à niveau :

NON OUI Si oui, nom de l'organisme ou de la personne :Le restaurateur est-il membre de l'Association Française des Maîtres Restaurateurs : OUI NON

Fait à

Signature +

Le

Nom et fonction du signataire :