

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) Winstub

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 dansmois

¹ contractuellement nous intervenons dans les 2 mois

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

Sans Tables et Auberges de France Restauration Traditionnelle Régionale Logis de France Maîtres cuisiniers de France Autres.....

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 :

Le restaurateur est-il membre de l'Association des Maîtres Restaurateurs : OUI NON

Fait à, Visa
le, Nom et fonction du signataire :