

## Proposition d'assurance – Maison de soins infirmiers / résidence pour personnes âgées / foyer de soins de longue durée

### Information générale

Nom du courtier / producteur :	
Nom légal du proposant :	
Adresse postale :	
Adresse du site Web :	
Nom et titre de la personne-ressource : (aux fins d'inspection)	Numéro de téléphone :

- En quelle année l'entreprise a-t-elle commencé à exercer ses activités sous la propriété actuelle? \_\_\_\_\_
- L'entreprise est-elle :
  - publique (de propriété municipale)       privée (à but lucratif)
  - privée (sans but lucratif)       une résidence pour personnes âgées
- Type de soins :
  - Établissement offrant un soutien minimal (peut fournir des repas ou des services d'entretien ménager; aucuns soins infirmiers prodigués)
  - Établissement offrant des niveaux de soins personnels ou de soutien modérés (IA ou IAA en service), moins de 1,5 heure de soins par jour par résident
  - Établissement de soins de longue durée / unité pour les maladies chroniques / maison de soins infirmiers offrant des soins infirmiers 24 heures par jour
- Quel organisme de réglementation supervise l'exploitation de cet établissement? \_\_\_\_\_
- L'entreprise est-elle accréditée par un organisme d'accréditation indépendant reconnu?  Oui  Non
- Date de la dernière accréditation : \_\_\_\_\_
- a) Le proposant est-il membre d'une ou de plusieurs associations?  Oui  Non  
b) Dans l'affirmative, lesquelles? \_\_\_\_\_
- Quel est le statut du permis d'exploitation?
  - Permis conditionnel       Permis non conditionnel
  - Aucun permis d'exploitation requis
- a) Le permis a-t-il déjà été révoqué, suspendu ou annulé?  Oui  Non  
b) Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
10. a) L'entreprise est-elle détenue et exploitée par la même entité ou gérée par d'autres?
  - Gérée par le propriétaire       Gérée par des tiers
- b) Dans l'affirmative, y a-t-il un contrat en vigueur?  Oui  Non
- c) Si « tiers », nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
Veuillez joindre une copie du contrat faisant référence aux obligations et aux paramètres des tâches devant être effectuées par le tiers.

### Assurance antérieure

- Assureur en biens actuel : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_
- Assureur en responsabilité civile actuel : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_
- Assureur en responsabilité professionnelle actuel : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_
- a) Est-ce qu'un assureur a résilié ou refusé de renouveler un contrat d'assurance établi au nom du proposant au cours des cinq (5) dernières années?  Oui  Non  
b) Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements relatifs aux circonstances ci-dessous :

5. Veuillez fournir tous les renseignements sur les réclamations d'assurance ou les incidents pour lesquels aucune réclamation n'a été présentée au cours des cinq (5) dernières années. Si aucune demande de règlement n'a été présentée, veuillez cocher.

Date du sinistre	Description	Montant payé

### Garantie relative aux abus

1. Le proposant souscrit-il une garantie relative aux abus?  Oui  Non
2. Qu'une assurance soit ou non en vigueur, veuillez fournir un historique des pertes liées à toutes les réclamations pour abus signalées.

3. Le proposant est-il au courant de faits, d'incidents ou de circonstances qui pourraient donner lieu à une poursuite contre lui?  Oui  Non

### Stabilité financière

1. Total des revenus annuels : Douze (12) mois en cours : \_\_\_\_\_ Douze (12) mois précédents : \_\_\_\_\_
2. Qui procure chaque catégorie de revenus à l'organisation, et pourquoi? \_\_\_\_\_
3. Existe-t-il des restrictions quant à l'utilisation de ces revenus?  Oui  Non
4. Comment l'organisation procède-t-elle pour solliciter ces revenus? \_\_\_\_\_
5. Dans quelle mesure chaque source de revenus est-elle assurée pour les périodes à venir? \_\_\_\_\_
6. Quelle est la source des revenus de placements? \_\_\_\_\_
7. Quel est le rendement cible des placements? \_\_\_\_\_ %
8. Est-ce réalisable dans le contexte économique actuel?  Oui  Non
9. Quels sont les coûts associés à l'obtention de ce type de revenus? \_\_\_\_\_
10. Les coûts de financement sont-ils justifiés par rapport aux avantages qui en découlent?  Oui  Non
11. Existe-t-il des protocoles de financement qui fournissent des lignes directrices à la direction?  Oui  Non

### Procédures d'embauche et de sélection

1. Est-ce que tous les candidats, y compris les bénévoles et les sous-traitants, sont tenus de remplir une demande d'emploi écrite?  Oui  Non
2. Cette demande contient-elle une décharge que le candidat doit signer et qui autorise l'employeur à procéder à une vérification des références?  Oui  Non
3. La vérification des références professionnelles est-elle toujours effectuée et documentée?  Oui  Non
4. Le parcours professionnel du candidat est-il vérifié?  Oui  Non
5. Les entrevues en personne sont-elles toutes menées par un membre du personnel de niveau supérieur?  Oui  Non
6. Est-ce que tous les employés ou bénévoles actuels et potentiels sont tenus de produire une preuve physique d'une vérification des antécédents criminels?  Oui  Non
7. a) L'organisation a-t-elle recours à des sous-traitants (préposés aux bénéficiaires, personnel infirmier, autres fournisseurs de soins de santé, etc.)?  Oui  Non
- b) Dans l'affirmative, ces sous-traitants doivent-ils fournir une preuve de la vérification de leurs antécédents criminels?  Oui  Non

### Ressources humaines / Formation

1. Les nouveaux employés ou bénévoles suivent-ils une formation d'intégration officielle?  Oui  Non
2. Le personnel a-t-il accès à de la formation ou à des cours structurés (y compris des cours de recyclage) sur la sensibilisation à la maltraitance et la négligence et la prévention de celles-ci?  Oui  Non
3. Existe-t-il un protocole interne documenté de prévention de la maltraitance?  Oui  Non
- Dans l'affirmative, veuillez en annexer une copie aux présentes.
4. Les employés et bénévoles participent-ils tous à des évaluations du rendement annuelles documentées?  Oui  Non
5. L'organisation mène-t-elle des sondages sur la satisfaction des résidents et des membres de leur famille?  Oui  Non

## Intervention et déclaration des incidents

1. Y a-t-il au sein de l'organisation un cadre supérieur chargé de s'occuper des cas d'abus allégués?  Oui  Non
2. Existe-t-il une procédure écrite sur le traitement des cas de comportement malsain ou d'abus alléguée?  Oui  Non
3. Les employés sont-ils tous au courant de la nécessité de signaler rapidement les incidents?  Oui  Non
4. Existe-t-il des lignes directrices établies qui exigent que tous les comportements inappropriés présumés ou les incidents allégués soient signalés et fassent l'objet d'un suivi?  Oui  Non

## Tenue de dossiers

1. Les documents ci-après sont-ils conservés de façon permanente et sécuritaire?
  - Formulaire de demande d'emploi, déclarations, références et vérification de l'identité de tous les employés?  Oui  Non
  - Dossiers de vérification des antécédents criminels?  Oui  Non
  - Attestation de la formation sur la prévention des abus suivie par le personnel?  Oui  Non
  - Attestation de la formation sur les protocoles relatifs aux éclosions et aux urgences suivie par le personnel?  Oui  Non
  - Registres des accidents et des incidents, registres des allégations de mauvais traitements ou des cas d'abus, y compris les signalements aux autorités?  Oui  Non
  - Références médicales, évaluations, plans de traitement et de soins et correspondance connexe?  Oui  Non
  - Dossier de l'historique des polices d'assurance responsabilité ou relatives aux abus?  Oui  Non
2. À quelle fréquence les protocoles en vigueur en matière de prévention des infections, de gestion des incidents graves, de préparation aux situations d'urgence, d'exercices d'évacuation, d'intégration du nouveau personnel et de formation régulière font-ils l'objet d'un examen?  
 Aucun examen  Chaque mois  Chaque trimestre  Chaque année
3. L'entreprise fournit-elle des services de vaccination aux :  Employés  Bénévoles  Résidents
4. L'entreprise offre-t-elle de la formation sur les soins spécialisés?  Aucune  Chaque mois  Chaque trimestre  
 Chaque année

## Documentation – Plans, politiques et procédures

Veillez cocher la case si les éléments suivants sont en place. Veuillez confirmer si ces éléments sont en place pour tous les établissements visés par la police.  Oui  Non

<input type="checkbox"/>	Recommandations ou lignes directrices du gouvernement concernant les maladies contagieuses, les pandémies ou les éclosions similaires pour votre exploitation
<input type="checkbox"/>	Plans de retour au travail
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures de continuité des opérations
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures de mesures d'urgence
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures de gestion de crise, y compris les plans de communication en vigueur
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures en vigueur pour le personnel qui rencontre des clients, des employés et des membres de la collectivité en personne afin de prévenir la propagation de ce type de maladie ou d'affection
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures liés à l'autosurveillance des symptômes ou à l'isolement volontaire en raison d'une maladie ou d'une affection transmissible
<input type="checkbox"/>	Politiques et procédures relatives à la tenue des registres d'assainissement
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures de préparation des aliments
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures relatifs aux activités de groupe (étalement des heures de repas, d'arrivée ou de départ, etc.)
<input type="checkbox"/>	Plans, politiques ou procédures relatifs aux services de transport (distanciation des sièges, distanciation entre le chauffeur et les passagers, désinfection, etc.)

## Situation n° 1 (s'il y a plus d'une situation assurée, joindre une demande pour chaque situation additionnelle)

1. Adresse de la situation (si elle diffère de l'adresse postale) : \_\_\_\_\_
2. Nom et adresse du créancier hypothécaire ou du bénéficiaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Nombre de chambres ou d'unités : \_\_\_\_\_
4. Nombre de chambres ou d'unités occupées : \_\_\_\_\_
5. Nombre de lits : \_\_\_\_\_
6. Nombre de lits occupés : \_\_\_\_\_
7. Nombre de chambres individuelles : \_\_\_\_\_
8. Nombre de chambres à deux lits : \_\_\_\_\_
9. Combien de chambres comptent trois lits ou plus? \_\_\_\_\_
10. Combien de résidents sont alités (le cas échéant)? \_\_\_\_\_

11. a) Les résidents reçoivent-ils plus de 1,5 heure de soins chaque jour?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, veuillez choisir l'une des options proposées :  
 deux (2) heures  de deux (2) à trois (3) heures  de trois (3) à quatre (4) heures  quatre (4) heures ou plus
12. Combien d'employés sont à l'emploi de l'établissement depuis : moins de deux (2) ans : \_\_\_\_\_  
 deux (2) à cinq (5) ans : \_\_\_\_\_ cinq (5) à dix (10) ans : \_\_\_\_\_ plus de dix (10) ans : \_\_\_\_\_
13. Y a-t-il un gestionnaire sur les lieux en tout temps?  Oui  Non

### Installations / Dotation en personnel

1. À quelles installations ou activités les résidents ont-ils accès (p. ex., loisirs, centres de conditionnement physique, cours d'artisanat, excursions d'une journée)?  
 \_\_\_\_\_
2. Veuillez indiquer les services fournis aux résidents par des tiers (podiatre, chiropraticien, coiffeurs, etc.).  
 \_\_\_\_\_
3. Fournissent-ils une preuve qu'ils souscrivent leur propre assurance responsabilité, y compris une assurance responsabilité professionnelle?  Oui  Non
4. a) Existe-t-il un contrat écrit avec un entrepreneur qualifié pour l'enlèvement de la neige et de la glace?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, un certificat d'assurance a-t-il été obtenu de l'entrepreneur?  Oui  Non  
 c) Si ce n'est pas le cas, qui est responsable de l'enlèvement de la neige et de la glace?
- 
- Des registres sont-ils conservés à ce sujet?  Oui  Non

5.

Profession / nature du travail	N <sup>bre</sup> d'employés à temps plein	N <sup>bre</sup> d'employés contractuels ou d'agence à temps partiel	N <sup>bre</sup> d'employés contractuels ou d'agence à temps plein
Infirmiers ou infirmières autorisés			
Infirmiers ou infirmières auxiliaires autorisés ou agréés			
Gestionnaires			
Employés de bureau ou des services administratifs			
Adjoints en soins de santé ou préposés aux bénéficiaires			
Préposés à l'entretien ou aux travaux ménagers			
Travailleurs sociaux			
Gestion nutritionnelle ou services d'alimentation			
Autres (veuillez préciser) :			

6. Les infirmiers autorisés, infirmiers auxiliaires agréés et infirmiers auxiliaires autorisés souscrivent-ils leur propre assurance responsabilité professionnelle?  Oui  Non
7. Les autres professionnels (travailleurs sociaux, diététiciens, etc.) souscrivent-ils leur propre assurance responsabilité professionnelle?  Oui  Non
8. Les employés sont-ils tous couverts par une commission des accidents du travail?  Oui  Non
9. Les employés et les bénévoles font-ils tous l'objet d'une vérification des antécédents criminels?  Oui  Non
10. L'établissement possède-t-il son propre véhicule (p. ex., un minibus)?  Oui  Non
11. a) Certains employés utilisent-ils régulièrement leur véhicule personnel à des fins professionnelles?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, combien? \_\_\_\_\_
12. Le proposant confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile d'au moins 1 000 000 \$ est en vigueur pour tous les employés et bénévoles qui utilisent leur véhicule personnel?  Oui  Non
13. Leur dossier de conduite est-il vérifié?  Oui  Non
14. a) Des véhicules sont-ils loués, empruntés ou affrétés pour emmener des résidents en excursion?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris sur tout voyage aux États-Unis.

15. a) L'établissement a-t-il recours à des services privés de transport ambulancier?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la documentation et les registres ou les dossiers de transport.

### Protocole de pandémie

1. Qui s'occupe du nettoyage ou de l'entretien?  Employés  Tiers
2. a) Cet établissement a-t-il connu une éclosion de maladie contagieuse, notamment de COVID-19, pendant la période en cours ou la période précédente?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, y a-t-il eu des décès? Combien? \_\_\_\_\_
3. L'établissement a-t-il fait l'objet de poursuites judiciaires par la COVID-19 ou d'une éclosion similaire?  Oui  Non
4. a) Avez-vous mis en œuvre toutes les recommandations et lignes directrices gouvernementales concernant les maladies contagieuses, les pandémies ou les éclosions similaires?  Oui  Non  
 b) Si vous avez répondu « non », veuillez décrire toute politique, procédure ou pratique qui diffère de celle des lignes directrices gouvernementales en vigueur.

5. Votre plan de continuité des opérations comprend-il des mesures de continuité des médicaments?  Oui  Non

### Caractéristiques de la propriété

1. Construction des murs  Béton armé  Blocs de béton creux  Maçonnerie de briques pleines  
 Parement de brique  Panneau de verre – Charpente métallique  Revêtement en métal – Charpente métallique  
 Revêtement en métal – Charpente de bois  Charpente / stuc  Rondins, rustique

2. Construction du toit  Solives de béton  Platelage en tôle  Solives de bois  Bois massif  
 Système en acier ajouré, tôle ondulée, poutres d'acier triangulées  Bois ajouré, tôle ondulée

3. Construction des planchers  Béton armé  Bois  Socle de béton

4. Année de construction : \_\_\_\_\_
5. Nombre d'étages : \_\_\_\_\_
6. Y a-t-il un sous-sol?  Oui  Non
7. Superficie totale du bâtiment : \_\_\_\_\_  m<sup>2</sup>  pi<sup>2</sup>
8. Superficie occupée par le proposant : (tous les étages, y compris le sous-sol) : \_\_\_\_\_  m<sup>2</sup>  pi<sup>2</sup>
9. Si le bâtiment a plus de 25 ans, les installations suivantes ont-elles été rénovées ou remplacées?

Électricité :	Année : _____	<input type="checkbox"/> Remplacement partiel <input type="checkbox"/> complet
Chauffage :	Année : _____	<input type="checkbox"/> Remplacement partiel <input type="checkbox"/> complet
Plomberie :	Année : _____	<input type="checkbox"/> Remplacement partiel <input type="checkbox"/> complet
Toiture :	Année : _____	<input type="checkbox"/> Remplacement partiel <input type="checkbox"/> complet

10. Système électrique :  Coupe-circuit  Fusibles
11. Type de chauffage :  Vapeur  Eau chaude  Air pulsé
12. Type de chauffage auxiliaire, le cas échéant : \_\_\_\_\_
13. a) Type de carburant :  Gaz  Électricité  Mazout  Bois  Autre  
 b) Si autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

14. Approvisionnement en eau municipal?  Oui  Non

15. Distance jusqu'à la borne-fontaine : \_\_\_\_\_  mètres  pieds

16. Distance jusqu'à la caserne de pompiers : \_\_\_\_\_  kilomètres  milles

17. a) Le bâtiment est-il muni d'installations d'extinction automatique?  Oui  Non

- b) Dans l'affirmative, le système est-il :  intégral  partiel c) Si partiel, quel % \_\_\_\_\_ ?

18. a) Les installations d'extinction automatique sont-elles reliées à une centrale de surveillance?  Oui  Non

- b) Les installations d'extinction automatique sont-elles inspectées, entretenues et testées de façon régulière?  Oui  Non

19. Le proposant a-t-il mis en place des procédures et des protocoles de fermeture d'eau en cas d'urgence dans l'éventualité d'un bris de la tuyauterie ou des installations d'extinction automatique?  Oui  Non

20. a) Le bâtiment est-il équipé d'une pompe de puisard fonctionnelle?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, est-elle reliée à une batterie de secours, une génératrice ou une autre source d'alimentation?  Oui  Non  
 c) Est-elle reliée à un système d'alarme?  Oui  Non
21. Le conduit sanitaire du bâtiment est-il équipé d'un clapet anti-refoulement?  Oui  Non
22. a) Des détecteurs d'eau ont-ils été installés dans le bâtiment?  Oui  Non      b) Dans l'affirmative, combien? \_\_\_\_\_  
 c) Les détecteurs s'arrêtent-ils automatiquement au niveau de la conduite d'eau principale lorsqu'ils sont activés?  Oui  Non
23. a) Y a-t-il une alarme incendie?  Oui  Non      b) Dans l'affirmative, cette alarme est-elle reliée à une centrale de surveillance?  Oui  Non
24. a) Y a-t-il une alarme contre le vol?  Oui  Non      b) Dans l'affirmative, cette alarme est-elle reliée à une centrale de surveillance?  Oui  Non
25. a) Les portes de l'établissement sont-elles verrouillées en tout temps et reliées à une alarme?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative,  certaines portes extérieures  toutes les portes extérieures
26. Est-ce que chaque unité d'habitation est équipée d'un détecteur de fumée?  Oui  Non
27. Y a-t-il des extincteurs d'incendie dans l'immeuble?  Oui  Non
28. L'établissement est-il doté de détecteurs de monoxyde de carbone?  Oui  Non
29. a) Est-ce que les lieux sont surveillés par des caméras?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, sont-elles :  à l'intérieur  à l'extérieur  à l'intérieur et à l'extérieur
30. a) Y a-t-il des appareils de cuisson :  Sur les étages?  Dans les chambres?  
 b) Dans l'affirmative, combien de chambres sont dotées de ces appareils? \_\_\_\_\_
31. a) L'établissement est-il équipé d'une cuisine complète?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, est-elle exploitée par le proposant ou par un tiers? \_\_\_\_\_
32. a) Y a-t-il une installation fixe d'extinction d'incendie?  Oui  Non  
 b) Dans l'affirmative, l'installation est-elle conforme à la norme UL 1254 ou UL 300?  Oui  Non
33. Le système de hottes et de conduits de ventilation est-il conforme à la norme NFPA 96?  Oui  Non
34. Les extincteurs de classe K sont-ils facilement accessibles dans les coins cuisine et font-ils l'objet d'un entretien annuel?  Oui  Non
35. Est-il permis de fumer dans les unités individuelles?  Oui  Non
36. a) Est-il permis de fumer dans certaines zones désignées?  Oui  Non  
 b) Le cas échéant, est-il permis de fumer sur les balcons des unités des résidents?  Oui  Non
37. Le service d'incendie local a-t-il effectué des inspections pour la prévention des incendies?  Oui  Non
38. Date de la dernière inspection : \_\_\_\_\_
39. a) Les recommandations découlant de cette inspection étaient :  majeures  mineures  aucune violation  
 b) Si les recommandations étaient majeures ou mineures, les corrections requises ont-elles été apportées ou sont-elles toujours en suspens?  Oui  Non
40. Date de la dernière inspection gouvernementale : \_\_\_\_\_
41. Combien de manquements à la conformité ont été relevés par l'inspection gouvernementale (tous les secteurs)? \_\_\_\_\_
42. Combien de manquements à la conformité ont été relevés par l'inspection gouvernementale (soins médicaux)? \_\_\_\_\_
43. a) Les recommandations découlant de l'inspection gouvernementale étaient :  
 majeures  mineures  aucune violation  
 b) Si les recommandations étaient majeures ou mineures, les corrections requises ont-elles été apportées ou sont-elles toujours en suspens? \_\_\_\_\_
44. L'établissement est-il conforme au code de prévention des incendies, au code du bâtiment, aux exigences en matière de sécurité et de manipulation des aliments et aux normes en matière de soins?  Oui  Non

### Couverture demandée

1.	Limites
Limite relative au bâtiment	
Limite relative au matériel	
Limite relative aux marchandises	

2. Franchise demandée : \_\_\_\_\_
3. Garanties additionnelles des biens :  Tremblement de terre  Inondation  Refoulement des égouts
4. a) Garantie Bris des équipements :  Oui  Non
- b) Dans l'affirmative, quelle est la valeur maximale des aliments qui pourraient se gâter? \_\_\_\_\_

5.

	Limite
Limite de l'assurance responsabilité civile générale des entreprises	
Limite de la garantie relative aux abus (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité professionnelle (faute professionnelle) (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité civile complémentaire (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité civile des administrateurs et des dirigeants (remplir la proposition)	

6. Le proposant est-il au courant de faits, d'incidents ou de circonstances qui pourraient donner lieu à une poursuite contre lui?  Oui  Non

SIGNATURE ÉLECTRONIQUE : Je conviens qu'en soumettant cette proposition en ligne, je la signe électroniquement.

J'accepte les modalités indiquées aux présentes.

La signature de la présente proposition n'oblige ni le proposant ni l'assureur à conclure le contrat d'assurance.

Les renseignements contenus dans la présente proposition ainsi que dans les documents et annexes ci-joints constituent la base du contrat d'assurance, si celui-ci est établi.

Si une réponse frauduleuse est fournie à l'une ou l'autre des questions ci-dessus ou aux questions contenues dans les pièces jointes ou les annexes, ou si une réponse vise à dissimuler le risque ou des renseignements importants sur celui-ci ou sur les circonstances ou à faire une fausse déclaration à ce sujet, le contrat d'assurance sera nul et non avenue. Dans l'éventualité d'incohérences entre la présente proposition et le contrat d'assurance, la proposition prévaut, à moins que l'assureur n'ait informé le client de telles incohérences dans un document écrit distinct.

J'ai lu ce qui précède et j'atteste qu'à ma connaissance, la présente proposition, y compris toutes les pièces jointes et les annexes, constitue un exposé complet et véridique des faits.

Nom du proposant : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Signature du proposant : \_\_\_\_\_ Signé le : \_\_\_\_\_