Association :

Evénement :

Date(s) :

Horaire(s) :

Lieu(x) :

N° de téléphone de la / du responsable de l’organisation de l’événement :

**A communiquer avant l’événement, avec la notice de sécurité**

**Modalités de contrôle du pass sanitaire**

Description des modalités :

Durée(s) du contrôle :

Tranches horaires :

Personnes en charge du contrôle (prénom et nom) :

Mesures pour éviter que des personnes non contrôlées ne s’introduisent dans l’événement :

Mesures sanitaires mises en place plus largement :

**A transmettre après l’événement**

***A ENVOYER SOUS 2 JOURS MAXIMUM à :***

***bve-l@u-bourgogne.fr*** ***et*** ***hygiene.securite@u-bourgogne.fr***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Créneaux et tranches horaires de contrôle du pass sanitaire** | **Nombre de personnes contrôlées dans ces intervalles** | **Durée du contrôle** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Personnes qui ont réalisé les contrôles (prénom et nom) :

Observations :