



ATTESTATION DE BON FONCTIONNEMENT D'UNE/ DE BAIE(S) DE VENTILATION

Date :
Référence ZSWAPI du dossier :
Nom de l'exploitant / du propriétaire :
Adresse :

Je, soussigné M/Mme....., en qualité de,
confirme avoir procédé aux différents tests de bon fonctionnement de la (des) baie(s) de ventilation située(s) à

L'installation est conforme à la NBN S21-208-3.

Ces tests ont consisté à la réalisation de :

- Vérification des composants (bouton poussoir).
- Identification du bouton poussoir (pictogrammes).
- 3 cycles d'ouverture / fermeture complets sur secteur.
- 3 cycles d'ouverture / fermeture complets sur batterie.

Positionnement des baies de ventilation :	OK ?	
Baie de ventilation 1 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Baie de ventilation 2 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Baie de ventilation 3 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Baie de ventilation 4 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le dispositif était en parfait état de fonctionnement le jour de la réalisation du test.

Fait à, le .../.../..... .

Signature