

ANNEXE 4 : modèles de BSDI

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Bordereau de suivi de déchets industriels REGROUPEMENT-PRÉTRAITEMENT

CERFA
N° 070321

1 EXPLOITANT DE L'INSTALLATION DE REGROUPEMENT OU DE PRÉTRAITEMENT		N° SIRET :																	
DÉNOMINATION :		RESPONSABLE :																	
ADRESSE, TÉLÉPHONE, TÉLEX :																			
DÉSIGNATION DU DÉCHET :		CODE NOMENCLATURE :																	
		<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		C	A														
C	A																		
AU TITRE DU R.T.M.D.		N° DE GROUPE :																	
MATIÈRE D'ASSIMILATION :																			
TRANSPORT EN : <input type="checkbox"/> FÛTS <input type="checkbox"/> CITERNE <input type="checkbox"/> BENNE		CONSISTANCE DU DÉCHET :																	
NBRE :		<input type="checkbox"/> SOLIDE <input type="checkbox"/> BOUES <input type="checkbox"/> LIQUIDE																	
IDENTITÉ DES DÉCHETS MÉLANGÉS - SI LE NOMBRE DE DÉCHETS MÉLANGÉS EST SUPÉRIEUR À 3, UTILISER DES BORDEREUX SUPPLÉMENTAIRES																			
DÉCHET N° 1 PRIS EN CHARGE LE :		DÉCHET N° 2 PRIS EN CHARGE LE :																	
PRODUCTEUR : ADRESSE :		PRODUCTEUR : ADRESSE :																	
<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		C	A							<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		C	A						
C	A																		
C	A																		
QUANTITÉ : TONNE		QUANTITÉ : TONNE																	
DÉCHET N° 3 PRIS EN CHARGE LE :																			
PRODUCTEUR : ADRESSE :		PRODUCTEUR : ADRESSE :																	
<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		C	A							<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		C	A						
C	A																		
C	A																		
QUANTITÉ : TONNE		QUANTITÉ : TONNE																	
— MODE D'ÉLIMINATION FINALE : — INSTALLATION : — ADRESSE - TÉLÉPHONE :		N° DE CERTIFICAT D'ACCEPTATION PRÉALABLE :																	
Atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, que les matières sont admises au transports selon les dispositions du règlement pour le transport des matières dangereuses du 15.04.45, et que notamment les conditions exigées pour le conditionnement et l'emballage ont été remplies.		DATE DE REMISE AU TRANSPORT :																	
Signature :		QUANTITÉ REMISE AU TRANSPORT : TONNE																	

2 COLLECTEUR-TRANSPORTEUR		N° SIRET :	
DÉNOMINATION :		RESPONSABLE :	
ADRESSE, TÉLÉPHONE, TÉLEX :			
STOCKAGE		Ayant pris connaissance des informations ci-dessus, Signature :	
<input type="checkbox"/> OUI Lieu de stockage		DATE DE REMISE À L'ÉLIMINATEUR :	
<input type="checkbox"/> NON		QUANTITÉ TRANSPORTÉE : TONNE	

3 DESTINATAIRE		N° SIRET :					
DÉNOMINATION :		RESPONSABLE :					
ADRESSE, TÉLÉPHONE, TÉLEX :		CODE FILIÈRE A.F.B. :					
		<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					
OPÉRATION SUR LE DÉCHET : <input type="checkbox"/> MISE EN DÉCHARGE <input type="checkbox"/> AUTRE PRÉCISEZ :							
<input type="checkbox"/> VALORISATION <input type="checkbox"/> INCINÉRATION <input type="checkbox"/> DÉTOXICATION							
REFUS DE PRISE EN CHARGE LE :		DÉCHETS PRIS EN CHARGE LE :					
MOTIFS :		Signature :					
		QUANTITÉ REÇUE : TONNE					

Sont punies d'amendes ou d'emprisonnement toutes fausses déclarations. Articles 8 et 24-3° de la loi n° 75-633 du 15-7-75.

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des pièces
anatomiques humaines**Code de la Santé publique
art. R 44-8
Arrêté du
3 septembre 1999

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

Etablissement producteur		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
Cachet		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Téléphone		Fax	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nombre de pièces remises au transporteur		Date de remise au transporteur	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Nom et signature du responsable	
		<i>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.</i>	
Collecteur / Transporteur		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées	
Cachet		<input type="text"/>	
		Date de remise au destinataire	
Téléphone		Fax	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Nom et signature	
		<i>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</i>	
Crématorium destinataire		N° d'immatriculation	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge	
Cachet		<input type="text"/>	
		Date de prise en charge des pièces	
Téléphone		Fax	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Date de la crémation		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Nom et signature de l'exploitant	
		<i>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</i>	
Refus de prise en charge		Date de refus de prise en charge	
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	
		Nom et signature de l'exploitant	

1

Ministère chargé de la Santé

cerfa
N° 10785*01

**BORDEREAU
de PRISE
EN CHARGE**

**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets	
Nom ou dénomination	
N° SIRET	
Adresse	
Nom du responsable	
Téléphone	Fax
Adresse de l'installation de valorisation	
Type de séparateur d'amalgame	
Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
	Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.	
Téléphone	Fax
Date et signature	
Collecteur / Transporteur	
Nom ou dénomination	
N° SIRET	
Adresse	
Nom du responsable	
Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Identification du lot Numéro <input type="text"/>
Lieu de regroupement	
J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.	
Date et signature	

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

 Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	

3

**BORDEREAU
d'ENVOI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**
*Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161*
Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Type de séparateur d'amalgame		Date de réception des déchets	Date de valorisation des déchets
Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	Date d'envoi au destinataire final	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	
Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	