



PRÉFET DE L'ESSONNE

**PREFECTURE DE L'ESSONNE**

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION  
ET DE LA SECURITE ROUTIERE

BUREAU DE LA REGLEMENTATION  
Section des activités réglementées

Tel : 01.69.91.94.19 ou 94.29

Fax : 01.69.91.94.27

Mél : pref-activites-reglementees@essonne.gouv.fr

**Demande d'attribution du titre de Maître Restaurateur**

*Votre demande ne sera prise en compte qu'à réception du dossier complet*

**Concernant le candidat au titre**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Fonction exercée au sein de l'établissement : \_\_\_\_\_

**Concernant l'établissement commercial d'exercice de la profession**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Vous sollicitez le titre de Maître Restaurateur au regard de** *(cocher la case adéquate, conditions requises à l'annexe 1) :*

- Qualification personnelle
- Qualification personnelle + expérience professionnelle
- Expérience professionnelle seule
- Expérience professionnelle et qualification d'un cuisinier employé de l'entreprise

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom et prénom du demandeur),

auteur de la présente déclaration, certifie exacts les renseignements qui y sont inscrits.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature