

## L'établissement

Nom commercial / Enseigne :

SIRET de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone de réservation :

Courriel de réservation :

Site internet :

## L'entreprise (siège social)

Raison sociale de l'entreprise :

Forme juridique de l'entreprise :

SIRET de l'entreprise :

Code APE :

## L'exploitant

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Statut (*gérant, président...*) :

Courriel de l'exploitant :

## Demande de classement

Classement actuel (*ou dernier classement prononcé*) :

Classement demandé :

## Caractéristiques de l'établissement

Date de construction :

Bâtiment classé ou inscrit au titre des bâtiments historiques :      Oui      Non

Etablissement permanent      Etablissement saisonnier

Période d'ouverture \*(*début et fin à renseigner obligatoirement*) :

Affiliation à une chaîne hôtelière (*si oui précisez*) :

Démarche qualité (*marque et/ou label si oui précisez*) :

Nombre d'étage(s) du bâtiment principal :

Nombre d'annexe(s) (*s'il y a lieu*) :      nombre d'étage(s) (*s'il y a lieu*) :

Chambre standard      Suite standard      Chambre supérieure      Suite supérieure

Autres (*précisez*) :

Chambres accessibles PMR      Nombre de chambres PMR :

## Capacité d'accueil

Nombre de chambres :

Nombre de personnes pouvant être accueillies :

Nombre de chambres 1 personne :

Nombre de chambres 2 personnes :

Nombre de chambres 3 personnes :

Nombre de chambres 4 personnes :

Nombre de chambres 5 personnes :

Nombre de chambres 6 personnes :

Nombre de chambres 7 personnes :

Nombre de chambres 8 personnes :

## Organisme de contrôle chargé de la visite d'inspection

Nom :

N° d'accréditation :

## Déclaration sur l'honneur

Par le présent formulaire, je demande auprès de l'Agence du Tourisme de la Corse, le classement de mon établissement dans la catégorie précisée.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur la présente demande.

Je déclare sur l'honneur être en conformité avec toutes obligations légales ou réglementaires régissant ma profession.

## Signature

Fait à :

Le :

Nom :

Prénom :

En qualité de :

Signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux données nominatives portées dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces données auprès d'Atout France.

**Avertissement :** Le faux et l'usage de faux, ainsi que les demandes frauduleuses et les déclarations mensongères en vue de faire constater par un organisme chargé d'une mission de service public un droit, une identité ou une qualité ou de faire obtenir par celui-ci une autorisation sont punis pénalement (articles 441-1 et suivants du Code Pénal).