



## DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS

Arrêté du 7 Novembre 2006 - INTE0600910A - JO n°269 du 21 Novembre 2006



Tout dispositif prévisionnel de secours à personnes doit faire l'objet d'une demande écrite à l'association prestataire de la part de l'organisateur de la manifestation ou du rassemblement de personnes.

Cette demande doit être signée par l'organisateur, attestant ainsi l'exactitude des éléments portés dans le document. Pour cela, ce dernier doit fournir les éléments suivants :

Organisme demandeur	
Raison sociale :	
Adresse :	CP : Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Fax :	Mail :
Représenté par :	Fonction :
Représenté légalement par :	Fonction :
Caractéristiques de la manifestation	
Intitulé de la manifestation :	Activité/Type :
Dates :	Horaires de la manifestation :
Nom du contact sur place :	Téléphone fixe :
Fonction de ce contact :	Téléphone portable :
Adresse de la manifestation :	
Circuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé <input type="checkbox"/>
Superficie :	Distance maxi entre les 2 points les plus éloignés du site :
Risques particuliers :	

**Nature de la demande**

Effectifs d'acteurs : ..... personnes

Tranche d'âge : .....

Effectifs de public : ..... personnes

Tranche d'âge : .....

- Communication (traducteur) : non  oui  Langue : .....

Personnes ayant des besoins particuliers : - Déplacement (chaise roulante...) : .....

- Autres : .....

**Horaires souhaités de présence des secouristes :** .....

Durée de présence du public : .....

Public : Assis Debout Statique Dynamique **Caractéristique de l'environnement et de l'accessibilité du site**Structure : Permanente Non permanente Types Voies publiques : Oui Non 

Dimension de l'espace naturel : .....

Distance de brancardage : .....

Longueur de la pente du terrain : .....

Autres conditions d'accès difficile : .....

**Structures fixes de secours public les plus proches**

Centre d'incendie et de secours de : .....

Distance : .....

Structure hospitalière : .....

Distance : .....

**Documents joints**Arrêté municipal et/ou préfectoral Avis de la commission sécurité Plans du site Annuaire téléphonique du site Autres : **Autres secours présents sur place**Médecin 

Nom : .....

Téléphone : .....

Infirmiers Kinésithérapeute 

Autres : .....

Ambulance privée : 

Autres : .....

Secours publics : SMUR  SP  Police  Gendarmerie 

Autres : .....

Autres : .....

**Date de la demande :** .....