



DEMANDE DE DISPOSITIF PRÉVISIONNEL DE SECOURS

(A remplir par l'organisateur de la manifestation et à imprimer en recto/verso)

Conformément à la réglementation en vigueur, tout dispositif prévisionnel de secours à personnes doit faire l'objet d'une demande écrite à l'association de sécurité civile 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 ce document. Pour cela, ce dernier doit fournir les éléments suivants :

Organisme demandeur		
Raison sociale :		
N° SIRET :		
Adresse :		
Téléphone fixe :		Téléphone portable :
Fax :	Mail :	
Représenté par :	Fonction	Téléphone :
Représenté légalement par :	Fonction	Téléphone :
Caractéristiques de la manifestation		
Nom :		
Activité / Type :		
Date(s) :		
Horaires :		
Nom du contact sur place :		
Téléphone fixe :		Téléphone portable :
Fonction de ce contact :		
Adresse de la manifestation :		
Circuit :	Oui ☐	Non ☐
	Si oui :	Ouvert ☐ Fermé ☐
Superficie :	Distance maxi entre les 2 points les plus éloignés du site :	
Risques particuliers :		

Nature de la demande			
Effectif d'acteurs :	Tranche d'âge :		
Effectif public :	Tranche d'âge :		
Personnes ayant des besoins particuliers : NON	{ - communication (traducteur) : - déplacement (chaise roulante...) : - Autres :		
Durée présence du public :			
Public :	Assis ☐	Debout ☐	Statique ☐ Dynamique ☐
Caractéristiques 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 :	Km
Structure hospitalière de :		Distance :	Km
Documents joints			
Arrêté municipal et/ou préfectoral : ☐		Avis de la commission de sécurité : ☐	
Plan(s) du site : ☐		Annuaire téléphonique du site : ☐ Autres :	
Autres secours présents sur place			
Médecin : ☐	Nom :	Téléphone :	
Infirmier ☐	kinésithérapeute ☐	Autres :	
Ambulance privée ☐	Autres :		
Secours publics :	SMUR ☐	Sapeurs Pompiers ☐	Police ☐ Gendarmerie ☐
Autres :			

Certifié exact. Fait le :

Signature de l'organisateur