**DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS**

La présente demande conforme au Référentiel National des Missions de Sécurité Civile – Dispositifs Prévisionnels de Secours (arrêté du Ministre de l’Intérieur en date du 7 novembre 2006 – NOR INTE 060009 10A), doit être remplie entièrement et avec le plus grand soin.

Elle est obligatoire pour l’établissement de la grille d’évaluation des risques.

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisme demandeur** | |
| Raison sociale : | Mail : |
| Téléphone fixe : | Téléphone portable : |
| Adresse : | |
| Représenté par : | Fonction : |
| Représenté légalement par : | Fonction : |
| **Caractéristiques de la manifestation** | |
| Nom : | Activité/type : |
| Dates : | Horaires : |
| Nom du contact sur place : | Téléphone fixe : |
| Fonction de ce contact : | Téléphone portable : |
| Adresse de la manifestation : | |
| Local/tente « poste de secours » mis à disposition des secouristes : Local Barnum Non | |
| 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 : | | * Déplacement (chaise roulante …) : * Communication (traducteur) : * Autres : | | |
| Durée présence du public : | | | | |
| Public : Assis Debout Statique Dynamique | | | | |
| **Caractère 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 de : | | | Distance : | |
| **Documents joints** | | | | |
| Plans du site | | Plan des circuits des cours | | |
| Avis de la commission de sécurité | | Annuaire téléphonique du site | | |
| Arrêté municipal et/ou préfectoral | | Autres | | |
| **Autres secours présents sur place** | | | | |
| Médecin | Nom : | | | Téléphone : |
| Infirmier | Kinésithérapeute | | | Ambulance privée |
| Secours publics : SMUR SP Police Gendarmerie | | | | |
| Autres : | | | | |

Le signataire, nom et prénom : certifie l’exactitude des renseignements fournis

Signature :