**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 :