



Dispositif Prévisionnel de Secours

CE DOCUMENT DOIT IMPERATIVEMENT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DES RISQUES COMPLÉTÉE ET SIGNÉE

ORGANISATEUR / DEMANDEUR

Nom / Raison sociale :

Adresse :

Tél fixe :

Tél portable :

Fax :

Mél :

CARACTÉRISTIQUES DE LA MANIFESTATION

Intitulé :

Fait l'objet d'un dossier de sécurité

Localisation précise :

Enceinte fermée

Dates	Effectif maximum public en simultané	Horaires	
		Début	Fin
le / / 201		h	h
jour 2 le / / 201		h	h
jour 3 le / / 201		h	h
jour 4 le / / 201		h	h

CARENCE DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES DE LA SECURITE CIVILE

Motif(s) du refus

- Croix rouge
- Protection civile
- Croix blanche
- ASPEC
- Autres

NATURE DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Protection des acteurs | <input type="checkbox"/> Protection du public |
| <input type="checkbox"/> Assis | <input type="checkbox"/> Statique |
| <input type="checkbox"/> Debout | <input type="checkbox"/> Dynamique |
| <input type="checkbox"/> Durée présence du public/jour : | Créneau maximal : |
- OU Présence permanente du public avec hébergement sur site ou à proximité

ACCESSIBILITÉ DU SITE POUR LES SECOURS EXTERIEURS AU SERVICE DE SÉCURITÉ

- Permanent Aisé
- Non permanent Difficile
- Itinéraire de pénétration et de dégagement pour les secours (à joindre sur plan)
- Aménagement(s) gênant l'accessibilité des secours aux tiers (à joindre sur plan)
- Possibilité d'hélisurface à proximité

STRUCTURES FIXES DE SECOURS PUBLIC LES PLUS PROCHES

Centre d'incendie et de secours de : Distance :

Structure hospitalière : Distance :

DOCUMENTS À JOINDRE

- Plan du site Arrêté municipal et/ou préfectoral (si existant)
- Plan de circulation Programme de la manifestation (si existant)
- Plan des déviations, aire de stationnement, emplacement des postes de secours, hélisurface...

AUTRES SECOURS PRÉSENTS SUR PLACE ET DEDIÉS À LA MANIFESTATION

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Médecins | Nombre : | <input type="checkbox"/> Infirmiers | Nombre : |
| <input type="checkbox"/> Ambulance privée | Nombre : | <input type="checkbox"/> Secouristes non SP | Nombre : |
| <input type="checkbox"/> Poste(s) de secours | Nombre : | <input type="checkbox"/> Police | Nombre : |
| <input type="checkbox"/> Gendarmerie | | <input type="checkbox"/> Autres | |

Fait à , le

SIGNATURE DE L'ORGANISATEUR

Indiquer clairement NOM, PRÉNOM et QUALITÉ