

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 : |
| <input type="checkbox"/> Présence permanente du public avec hébergement sur site ou à proximité | |

ACCESSIBILITÉ DU SITE POUR LES SECOURS EXTERIEURS AU SERVICE DE SÉCURITÉ

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Permanent | <input type="checkbox"/> Aisé |
| <input type="checkbox"/> Non permanent | <input type="checkbox"/> Difficile |
| <input type="checkbox"/> Itinéraire de pénétration et de dégagement pour les secours (à joindre sur plan) | |
| <input type="checkbox"/> Aménagement(s) gênant l'accessibilité des secours aux tiers (à joindre sur plan) | |
| <input type="checkbox"/> Possibilité d'hélicoptère à proximité | |

STRUCTURES FIXES DE SECOURS PUBLIC LES PLUS PROCHES

Centre d'incendie et de secours de :

Distance :

Structure hospitalière :

Distance :

DOCUMENTS À JOINDRE

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Plan du site | <input type="checkbox"/> Arrêté municipal et/ou préfectoral (si existant) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plan de circulation | <input type="checkbox"/> Programme de la manifestation (si existant) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plan des déviations, aire de stationnement, emplacement des postes de secours, hélicoptère... | |

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"/> Autres | |
| <input type="checkbox"/> Gendarmerie | <input type="checkbox"/> Police | | |

Fait à _____, le _____

SIGNATURE DE L'ORGANISATEUR

Indiquer clairement NOM, PRÉNOM et QUALITÉ