



Sauveteurs Loudunais

51 rue maison neuve-Niré le Dolent- 86200 LOUDUN
Mail : contact@sauveteursloudunais.fr ☎ : 06.60.27.57.65
Affiliation N°3045 agrément formation premiers secours
Ligue Nouvelle-Aquitaine - FFSS 86 - CD86ss
Agrément Sécurité civile de type A1, A2, B, C, D
SIRET : 522 044 825 000 27 code APE : 9319Z
Site internet : www.sauveteursloudunais.fr



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 :

Organisateur

Raison :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Fax :

Mail :

Représenté par :

Fonction :

Représenté légalement par :

Fonction :

Détail de la manifestation

Nom de l'évènement :

Activité/Type :

Date :

heure de début :

heure de fin :

Nom du contact sur place :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Fonction de ce contact :

Adresse de la manifestation :

Caractéristique 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 :

Durée présence du public : de _____ à _____

Public : assis debout statique dynamique

Caractéristiques de l'environnement et de l'accessibilité du site

Structure : permanente non permanente Type :

Voie publiques : oui non

Dimension de l'espace naturel :

Distance brancardage : _____ Pente du terrain : _____

Autres condition d'accès difficile :

Structure fixes de secours public les plus proches

Centre d'incendie et de secours de : _____ Distance : _____ km

Structure hospitalière de : _____ Distance : _____ km

Autres secours présents sur place

Médecin : Nom : _____ Téléphone : _____

Infirmier : Kinésithérapeute : Autres : _____

Ambulance privée : Autres : _____

Secours : SMUR : Sapeurs-pompiers : Police : Gendarmerie :

Autres : _____

Nature de la demande pour les acteurs

Repas Pris en charge par l'organisateur : oui non

Espace secouriste : oui non

Si oui : Salle en dure : oui non Tente : oui non

Sanitaires : oui non Electricité : oui non

Point d'eau : oui non Parking : oui non

Eclairage : oui non

Certifié exact. Fait-le :

Nom, signature et tampon de l'organisateur