



DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS

(à remplir par l'organisateur de la manifestation)

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 **au plus tard trente jours avant la manifestation.**

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:


Organisme demandeur

Raison sociale:

Adresse:

Code Postal:

Ville:

Tél.: 

ou

Fax:

E-mail:

Représenté par:

Fonction:

Caractéristique de la manifestation

Nom:

Activité / Type:

Date(s):

Horaires de : H à H


Date(s):

Horaires de : H à H

Date(s):

Horaires de : H à H

Nom du responsable sur place:

Tél.: 


Fonction du responsable:

Adresse de la manifestation:

Code Postal:

Ville:

Circuit: ☐ oui non si oui: ☐ ouvert fermé

Superficie: 


Distance maximal entre les deux points les plus éloignés du site:

Risques particuliers:

Nature de la demande

Effectif d'acteurs : tranche d'âge:
Effectif de public: tranche d'âge:
Personnes ayant des besoins particuliers Communication (traducteur...):
Déplacement (chaise):
Autre(s) besoins :
Durée de présence du public :
Public: assis debout statique dynamique

Caractéristiques 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 pente du terrain:
Autres conditions d'accès difficile:

Structures fixes de secours public les plus proches

Centre d'incendie et de secours de :
Adresse: distance: km
Structure hospitalière de : 
Adresse : distance : km

Documents joints

Arrêté municipal et / ou préfectoral Avis de la commission de sécurité Plan(s)
Annuaire téléphonique du site Autre:

Autres secours présents sur place

Médecin NOM: Tél.: 

Infirmier Kinésithérapeute Autres:

Ambulance privé S.M.U.R. Sapeurs-pompiers
Police Gendarmerie Autres:

Certifié exact. Fait le à
Signature et cachet: