

## ORGANISATION DU SERVICE MÉDICO-SANITAIRE

<b>Société ou groupement *</b>	.....
<b>Nom et prénom *</b> de la personne responsable de la manifestation	.....
<b>Adresse de cette personne</b> <b>NPA, localité *</b>	..... .....
<b>Tél. mobile * &amp; Courriel *</b>	.....

<b>Date(s) de la manifestation *</b>	.....
<b>Heures prévues de la manifestation *</b>	.....
<b>Description de la manifestation *</b>	<b>Manifestation :</b> ..... ..... <b>Nombre de personnes attendues :</b> .....
<b>Site internet éventuel</b>	.....

**\* Renseignements obligatoires**

**Dispositions particulières :**

.....  
 .....  
 .....

**Pour accord :**

J'ai consulté et complété les pages suivantes. En signant ce document, je confirme l'exactitude des informations qui y sont renseignées.

Lieu et date : ..... Signature\* : .....

\* SI ENVOI PAR COURRIEL : NOM ET PRÉNOM

### Responsable médico-sanitaire sur place

Nom *	.....
Prénom *	.....
Tél. mobile * & Courriel *	.....
Qualifications sanitaires *	..... ..... .....

### Responsable sécurité sur place

Nom *	.....
Prénom *	.....
Tél. mobile * & Courriel *	.....
Qualifications « sécurité » *	..... ..... .....

**Ces personnes doivent être joignables en tout temps pendant toute la durée de la manifestation**

### Lieu de la manifestation

Type de lieu (tente, salle, rue, etc..) *	.....
Extérieur ou intérieur *	.....
Superficie *	.....
Adresse *	.....
Poste(s) de ravitaillement *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, préciser le(s) emplacement(s) sur le plan à joindre à ce document
Météo attendue	<b>grand froid</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>canicule</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## Spectateurs

Nombre de personnes attendues au pic d'affluence *	.....
Risque de violence * <i>se rapporter aux dernière éditions de la manifestation</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      Personnes âgées et enfants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Influence possible de substances psychoactives (alcool/stupéfiants) *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Présence de personnalités *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom(s) / Prénom(s) : ..... ..... ..... .....	

## Participants actifs

Nombre de participants *	.....
Risque *	<p>Grandes sollicitations sur le plan physique      <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Activités présentant un risque d'accident      <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Autre-s risque-s      <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, préciser.....</p>

## Objectifs

*Le dispositif médico-sanitaire doit permettre d'assurer les soins urgents et de premiers recours, incluant si nécessaire une zone de dégrisement durant la manifestation.*

*Le service médico-sanitaire doit notamment être capable d'assurer de manière autonome les 30 premières minutes de prise en charge de patients.*

*Le personnel médico-sanitaire doit être présent durant les horaires annoncés sur la demande de manifestation.*

*En cas de problèmes sanitaires majeurs, l'ensemble des moyens est alarmé par la centrale d'appels sanitaires urgents 144 (OCVS) qui assure la réponse au N° de téléphone 144.*

### Personnel et installations sanitaire-sanitaires

Poste(s) sanitaire(s) *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre :	
Secouriste(s) sur place * <i>veuillez indiquer le nombre de secouristes présents</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Niveau 1 IAS ou formation équivalente Nombre : Niveau 2 IAS ou formation équivalente Nombre : Niveau 3 IAS ou formation équivalente Nombre : Autre(s) formation(s) à préciser	
	Société samaritains :		
Médecin(s) sur place *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre :	
Infirmier(s) ou physiothérapeute(s) *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre :	
Ambulance et/ou équipage sur place *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre :	
Plan légendé *	<i>ajouter en annexe avec l'emplacement du poste de secours et l'accès des véhicules d'urgence (voies d'arrivée et de départ)</i>		
PC manifestation *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si Oui, veuillez donner des précisions (localisation, responsable de poste, horaires, autres) : ..... ..... .....	

**Ce document est à remettre avec la demande de manifestation**