



## DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS

### Organisme demandeur

Raison sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
 Fax : ..... Mail : .....  
 Représenté par : ..... Fonction : .....  
 Représenté légalement par : ..... Fonction : .....

### Caractéristiques de la manifestation

Nom : ..... Activité/Type: .....  
 Lieu Précis : .....  
 Date(s) : ..... Horaires du dispositif : .....  
 Nom du contact sur place : ..... Téléphone fixe : .....  
 Fonction de ce contact : ..... Téléphone portable : .....  
 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 : .....  
 - Communication (traducteur) : .....  
 Personnes ayant des besoins particuliers : - Déplacement (chaise roulante...) : .....  
 - Autres : .....  
 Durée présence du public : .....  
 Public :  Assis  Debout  Statique  Dynamique

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

Structure :  Permanente  Non permanente Type : .....  
 Voies publiques :  Oui  Non  
 Autres conditions d'accès difficile : .....

### Moyen Logistique

Local :  Non  Oui Localisation : .....



### Modalités Financières

Paiement souhaité par :  Chèque  Virement Administratif

Pour information, il sera facturé :

- Le montant du Dispositif Prévisionnel de Secours engagé.
- 46 € En cas d'utilisation de l'Oxygène médical.
- 80 € En cas d'utilisation du défibrillateur.
- 12 € Par personne si la restauration n'est pas assurée par l'Organisateur.
- 0,40 €/km de frais de déplacement par véhicule engagé si déplacement supplémentaire (Suivi de course...).

### Structures fixes de secours public les plus proches

Centre d'incendie et de secours : ..... Distance : .....

Structure hospitalière de: ..... Distance : .....

### Autres secours présents sur place :

- Médecin : Nom : ..... Téléphone : .....
- Infirmier : Nom : ..... Téléphone : .....
- Kinésithérapeute : Nom : ..... Téléphone : .....
- Ambulance privée : Nom : ..... Téléphone : .....

Secours publics :  SMUR  Sapeurs-Pompiers  Police  Gendarmerie

Autres : .....

### Documents joints :

- Arrêté Municipal et/ou Préfectoral  Avis de la Commission de Sécurité
- Plan ou carte du site  Annuaire téléphonique du site
- Autres : .....

Fait à : ..... Le : .....

Nom, Signature de l'Organisateur et Cachet :

Cette demande, soigneusement remplie par l'organisateur, doit être renvoyée par retour de mail ([contact@protectioncivile52.org](mailto:contact@protectioncivile52.org)) et au plus tard un mois avant la date prévue de la manifestation.