



Recueil de données en vue d'un Dispositif Prévisionnel de Secours Médicalisés¹ Ordre de Mission

Organisme demandeur

Raison sociale :

SIRET :

Adresse du siège :

Téléphone :

Courriel :

Nom du représentant Légal :

Fonction :

Nom du responsable de l'événement (si différent) :

Fonction :

Caractéristiques de la manifestation

Nom de la manifestation :

Type d'activité :

Date(s) de la manifestation avec heures de début et fin :

Date(s) et heures d'activation du dispositif de secours médicalisés (début et fin) :

Adresse précise de la manifestation (ou QG) :

Circuit (oui ou non) : Si oui, (ouvert ou fermé) :

Superficie (en hectare) ou distance maxi entre les deux points les plus éloignés du site (en mètres) :

Risque(s) particulier(s) :

Nom du contact de l'organisation, référent « secours / santé / sécurité », ou représentant de l'organisateur présent sur site avec ses coordonnées téléphoniques :

¹ Document officiel valant demande de Dispositif Prévisionnel de Secours Médicalisés pour les Organismes de Sécurité Civile.

Effectifs

Prendre en compte l'effectif maximum **présent à l'instant T** sur le site, et non l'effectif cumulé. Si possible affiner les effectifs par jour voire par tranches horaires.

Effectifs publics / spectateurs : tranche d'âge :

Effectifs d'acteurs / sportifs : tranche d'âge :

Effectifs d'organiseurs / STAFF : tranche d'âge :

Personnes ayant des besoins particuliers :

Public (Assis - Debout - Statique ou Dynamique) :

Caractéristiques de l'environnement

Adresse précise du (ou des) Poste(s) de Secours Médicalisés projeté(s) :

Installation obligatoirement sur une route carrossable ou dans un bâtiment

Structure(s) à usage de Poste de Secours Médicalisés (permanente ou temporaire) :

Les structures (bâtiment, préfabriqués, barnums) et le mobilier (chaises tables) du (ou des) Poste(s) de Secours Médicalisés seront mis en œuvre par l'organisateur (oui ou non) :

Distance de brancardage maximum :

Longueur de la pente du terrain :

Autre(s) condition(s) d'accès difficile(s) :

Modalités

Les repas et boissons seront pris en charge par l'organisateur :

L'organisateur souhaite que nous intégrions la présence d'un médecin urgentiste et/ou médecin du sport

[hors cas d'obligation réglementaire où il sera prévu d'office] :

L'organisateur souhaite que nous intégrions la présence d'une ambulance agréée au transport sanitaire

[hors cas d'obligation réglementaire où elle sera prévue d'office] :

L'organisateur souhaite que nous intégrions la présence d'un (ou des) kiné(s) / podologue(s) :

L'organisateur souhaite que nous intégrions la présence d'un préventeur HSE (chargé de sécurité) :

L'organisateur souhaite que nous intégrions la présence de SSIAP (sécurité incendie) :

Services Publics de proximité

Centre d'Incendie et de Secours de :

Distance :

Temps :

Centre Hospitalier de :

Distance :

Temps :

Document(s) à joindre (dès que possible, si non réalisé lors de la demande)

Plan du site – programme de la manifestation - Annuaire téléphonique du site - Arrêté municipal et/ou préfectoral – avis de la commission de sécurité – autres :

Notes libres de l'organisateur (précisions, concept de l'événement, etc..)

Je certifie sur l'honneur des informations données² le (*date*):

L'organisateur de la manifestation (*nom lisible et signature*) :

² Document officiel valant demande de Dispositif Prévisionnel de Secours Médicalisés pour les Organismes de Sécurité Civile.