



Demande de Dispositif Prévisionnel de Secours

Organisme Demandeur	Raison Sociale :	
	Adresse :	_____
	Code Postal :	
	Ville :	
	Téléphone fixe :	
	Téléphone portable :	
	Mail :	
	Représenté par :	
	Fonction :	
	Représentant légal :	
	Fonction :	
Caractéristique de la manifestation	Nom :	
	Activité / Type :	
	Date :	
	Horaires :	
	Lieu précis :	_____
	Circuit :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si circuit :	<input type="checkbox"/> Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé
	Superficie :	
	Distance max entre les 2 points les plus éloignés :	
	Nom du contact :	
	Téléphone du contact :	
	Fonction du contact :	
	Risques particuliers :	_____
	Nature de la demande	Dispositif demandé pour les acteurs :
Effectif acteurs :		
Tranche d'âge acteurs :		
Dispositif demandé pour les publics :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Effectif public :		
Tranche d'âge public :		
Personnes ayant des besoins particuliers :		- communication : - déplacement : - autres :
Durée présence public :		



	Public : <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Statique <input type="checkbox"/> Dynamique
Caractéristiques de l'environnement et de l'accessibilité du site	Structure : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Non permanente
	Type de structure :
	Voies publiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dimension espace naturel :
	Distance brancardage :
	Longueur pente du terrain :
	Autres conditions d'accès difficiles :
Structures fixes de secours public les plus proches	Centre d'incendie et de secours :
	Distance :
	Structure hospitalière :
	Distance :
Documents joints	<input type="checkbox"/> Arrêté municipal / préfectoral <input type="checkbox"/> Avis commission de sécurité
	<input type="checkbox"/> Plan du site <input type="checkbox"/> Annuaire téléphonique du site
	<input type="checkbox"/> Autres :
Autres secours présents sur place	<input type="checkbox"/> Médecin :
	<input type="checkbox"/> Infirmier :
	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute :
	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Ambulance privée :
	<input type="checkbox"/> S.M.U.R. :
	<input type="checkbox"/> Sapeurs-Pompiers :
	<input type="checkbox"/> Police Nationale :
	<input type="checkbox"/> Police Municipale :
	<input type="checkbox"/> Gendarmerie :
<input type="checkbox"/> Service sécurité :	
Logistique mis à disposition	<input type="checkbox"/> Local isolé mis à disposition des secouristes servant d'Infirmier
	<input type="checkbox"/> Repas + collations fournis aux secouristes

Cette demande, soigneusement remplie par l'organisateur, doit être renvoyée au plus tard un mois avant la date prévue pour la manifestation, à l'adresse ci-dessous :

PROTECTION CIVILE du BAS-RHIN
Postes de Secours
15, rue de l'Ardèche
67100 STRASBOURG

Ou par mail : poste-de-secours@bas-rhin.protection-civile.org