



Secouristes Français
Croix Blanche

Comité Départemental du Var

Siège social : Maison des Associations, Avenue de la Gare, 83460 LES ARCS SUR ARGENS
Tél : 09.50.18.28.70 / E-mail : contact@secours83.fr / Site internet : www.secours83.fr

Merci d'avoir téléchargé la demande de Dispositif Prévisionnel de Secours (DPS)

Ce document est un formulaire PDF.

**Il a été rédigé en formulaire,
afin que vous puissiez renseigner lisiblement toutes les informations
nécessaires à la mise en place du dispositif.**

Par conséquent, vous devez utiliser votre ordinateur pour le remplir.

Merci de renseigner chaque champs, et de cocher les boutons.

Une fois renseigné, vous n'avez plus qu'à l'imprimer, et le signer.

Merci de l'envoyer à l'adresse postale de l'association (Cf. en tête)

Une fois votre demande reçue, nous rédigerons la grille d'évaluation des risques pour le public et pour les acteurs et nous vous transmettrons une fiche d'accord avec le récapitulatif des moyens à mettre en œuvre, ainsi qu'un devis.



Demande de Dispositif Prévisionnel de Secours

*Ce document est à retourner dûment renseigné deux mois au plus tard avant la manifestation. Au delà de ce délai, votre demande **peut** ne pas être prise en considération.*

Organisme Demandeur :

Raison sociale :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nom du représentant légal :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
N°& Rue :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Complément d'adresse :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Code Postal :	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Ville :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Tel. fixe :	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Fax :	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Tel. Portable :	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Mail :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Représenté par :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
en qualité de	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Caractéristiques de la Demande du Dispositif Prévisionnel de Secours :

Nom de la Manifestation :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Descriptif :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Lieux précis :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<i>Date et horaires de la manifestation :</i>	
Jour 1 :	<input style="width: 150px;" type="text"/>
de	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
à	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Jour 2 :	<input style="width: 150px;" type="text"/>
de	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
à	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Jour 3 :	<input style="width: 150px;" type="text"/>
de	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
à	<input style="width: 30px;" type="text"/>
H	<input style="width: 30px;" type="text"/>
mn	<input style="width: 30px;" type="text"/>
Nom du contact sur place :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fonction du contact sur place :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Tel.	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Mail :	<input style="width: 150px;" type="text"/>

Caractéristiques de la Manifestation :

Structure permanente : OUI NON Si oui, type de structure :

Circuit : OUI NON Si oui : Ouvert Fermé **Voie Publique** : OUI NON

Surface de l'espace naturel : (mentionnez l'unité de mesure)

Terrain plat : OUI NON Si terrain pentu, indiquez : Longueur : et : %

Distance entre les deux points les plus éloignés : (mentionnez l'unité de mesure)

Autres conditions d'accès difficiles :

Effectif des acteurs : Personnes

Tranche d'âge de ans à ans

Effectif du public** : Personnes

Tranche d'âge de ans à ans

Personnes ayant des besoins particuliers : chaise roulante : autres (préciser) :

Durée de présence du public : heure(s) **Public** : assis debout statique debout dynamique

Autres infos à nous communiquer :

Services de Secours Publics les plus proches :

Sapeurs Pompiers de : (nom de la ville) **Distance** : Kms

Centre Hospitalier de : (nom de la ville) **Distance** : Kms

Autres Services de Secours sur place :

Médecin : Nom : Tel.

Dispose t-il de matériel d'urgence : OUI NON

Infirmier : Nombre

Kinésithérapeute : Nombre

Infirmier : OUI NON

Ambulance privée : OUI NON

SMUR : OUI NON

Pompiers : OUI NON

Police Nationale : OUI NON

Police Municipale : OUI NON

Gendarmerie : OUI NON

Autres (précisez)

Documents à joindre à votre demande de Dispositif Prévisionnel de Secours :

Arrêté municipal ou Préfectoral : OUI NON **Avis de la Commission de Sécurité** : OUI NON

Plan du site : OUI NON

Annuaire téléphonique du site (si besoin) : OUI NON

Autres (précisez) :

Fait à le

Signature et cachet du demandeur :