



“ SERVIR ”

FEDERATION DES SECOURISTES FRANCAIS CROIX BLANCHE

ASSOCIATION FONDEE EN 1892 – RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE EN 1898 SAG 8898

CREATRICE EN FRANCE DU SECOURISME MODERNE EN 1892

AGREMENT DE SECURITE CIVILE PAR ARRETE DU 03 OCTOBRE 2009 : IOCE0923271A

CD DU VAR – ASSOCIATION DE ST CYR SUR MER

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 :
Nom du représentant légal :
N° & Rue :
Complément d'adresse :
Code Postal : Ville :
Tel. fixe : Fax : Tel. Portable :
Mail :
Représenté par :
en qualité de

Caractéristiques de la Demande du Dispositif Prévisionnel de Secours :

Nom de la Manifestation :
Descriptif :
Lieux précis :

Date et horaires de la manifestation :

Jour 1 : de H mn à H mn
Jour 2 : de H mn à H mn
Jour 3 : de H mn à H mn

Nom du contact sur place :
Fonction du contact sur place :
Tel. Mail :



« SERVIR »

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 :