**DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISONNEL DE SECOURS (DPS)**

Conformément à l’arrêté du 07 novembre 2006, tout dispositif prévisionnel de secours à personnes doit faire l’objet d’une demande écrite à l’association prestataire de la part de l’organisateur de la manifestation ou du rassemblement de personnes. Cette demande doit être signée par l’organisateur, attestant ainsi l’exactitude des éléments portés dans le document

|  |
| --- |
| **ORGANISME DEMANDEUR** |

|  |
| --- |
| **Raison sociale :** **Adresse :** **Code postal – Commune :** **Téléphone fixe :** **Téléphone portable :** **Mail :** **Représenté par :** **Fonction :** **Représenté légalement par :** **Fonction :**  |
| **CARACTERISTIQUES DE LA MANIFESTATION** |
| **Nom :****Activité/Type :** **Dates :** **Horaires du DPS *(\*)* :** ***(\*) Horaires de début de votre manifestation + 1/2h pour mise en place de nos secouristes / heure de fin de votre manifestation*****Nom du contact sur place :** **Portable :** **Fonction de ce contact :** **Adresse de la manifestation :**  |
| **Demandez-vous un dispositif pour le Public de la manifestation : OUI** [ ]   **NON** [ ] E**ffectif public :** **Tranche d’âge :** ***(\*) On entend par effectif public, l’effectif maximal du public simultanément présent et non pas cumulé dans le temps.*** ***Grille RIS jointe.*****Public :** **[ ]  Assis** **[ ]  Debout** **[ ]  Statique** **[ ]  Dynamique** **Manifestation ouverte à tous :** **[ ]  OUI** **[ ]  NON****Personnes à mobilité réduite :** **[ ] OUI** **[ ]  NON** **[ ]  Ne sait pas****Vente d’alcool sur site :** **[ ]  OUI** **[ ] NON** **Autres :** **Demandez-vous un dispositif pour les Acteurs de la manifestation : OUI** **[ ]  NON** **[ ]** **Effectif des acteurs** :      **Tranche d’âge :**  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **CARACTERISTIQUES DE L’ENVIRONNEMENT ET DE L’ACCESSIBILITE DU SITE** |
| **Evènement en salle : [ ]  OUI [ ]  NON****Structure permanente : [ ]  OUI [ ]  NON Types :** **Evènement en espace naturel : [ ]  OUI [ ]  NON Si oui, Superficie :** **Pente sur le terrain : [ ]  OUI [ ]  NON Si oui, longueur de la pente (en m) :** **Distance maxi entre les 2 points les plus éloignés du site (en m) :** **Distance de brancardage max (en m) :** **Sur le parcours, conditions de déplacement difficiles pour les secours : [ ]  OUI [ ]  NON****Accessibilité en tous points pour un véhicule de secours : [ ]  OUI [ ]  NON****Circuit : [ ]  OUI [ ]  NON Si oui : [ ]  Ouvert [ ]  Fermé** **Voies publiques : [ ]  OUI [ ]  NON****Risques particuliers :****Informations complémentaires à donner :**  |
| **STRUCTURES SUR PLACE MISE A DISPOSITION** |
| ***Ces moyens doivent être à proximité immédiate de la manifestation, facile d’accès et localisés sur le plan du site. \*Si aucune de ces trois conditions n’est proposé par le demandeur, la tente des prestataires sera obligatoirement mise à disposition et facturée.*****\*Local en dur +5m2 (chauffé, éclairé) [ ]  - \* Infirmerie [ ]  - \*Tente [ ]  - Arrivée électrique [ ]  - Point d’eau [ ]** **Souhaitez-vous une tente Croix Blanche : [ ]  OUI [ ]  NON** |
| **STRUCTURES FIXES DE SECOURS PUBLIC LES PLUS PROCHES** |
| **Centre d’incendie et de secours le plus proche :****Délai de route (minutes) :** **Structure hospitalière la plus proche :** **Délai de route (minutes) :**  |
| **DOCUMENTS JOINTS** |
| **Arrêté municipal et/ou préfectoral :** **[ ]  Avis de la commission :** **[ ]** **Plan des parcours fourni :** **[ ]  Plan du site fourni :** **[ ]**  |
| **AUTRES SECOURS PRESENTS SUR PLACE** |
| **Médecin** **[ ]  Nom :** **Téléphone :** **Infirmier** **[ ]  Kinésithérapeute** **[ ]  Autres :** **Ambulance privée** **[ ]  Autres :** **Secours publics : SMUR** **[ ]  SP** **[ ]  Police** **[ ]  Gendarmerie** **[ ]  Autres :**  |

Date et Signature du demandeur :