



DEMANDE DE DISPOSITIF PREVISIONNEL DE SECOURS

La présente demande conforme au Référentiel National des Missions de Sécurité Civile – Dispositifs Prévisionnels de Secours (arrêté du Ministre de l'Intérieur en date du 7 novembre 2006 – NOR INTE 060009 10A), doit être remplie entièrement et avec le plus grand soin.

Elle est obligatoire pour l'établissement de la grille d'évaluation des risques.

Organisme demandeur	
Raison sociale :	
adresse :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Télécopie :	Mail :
Représenté par :	Fonction :
Représenté légalement par :	Fonction :
Caractéristiques de la manifestation	
Nom :	Activité/type :
Dates :	horaires :
Nom du contact sur place :	Téléphone fixe :
Fonction de ce contact :	Téléphone portable :
Adresse :	
circuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé <input type="checkbox"/>	
Superficie :	Distance maxi entre les 2 points les plus éloignés du site :
Risques particuliers :	



Nature de la demande	
Effectif d'acteurs :	Tranche d'âge :
Effectif public :	Tranche d'âge :
Personnes ayant des besoins particuliers :	- Communication (traducteur) :
	- Déplacement (chaise roulante ...) :
	- Autres :
Durée présence du public :	
Public : Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Statique <input type="checkbox"/> Dynamique <input type="checkbox"/>	
Caractère de l'environnement et de l'accessibilité du site	
Structure : Permanente <input type="checkbox"/> Non permanente <input type="checkbox"/> Types :	
Voies publiques oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Dimension de l'espace naturel :	
Distance de brancardage :	Longueur de la pente du terrain :
Autres conditions d'accès difficile :	
Structures fixes de secours public les plus proches	
Centre d'incendie et de secours de :	Distance :
Structure hospitalière de :	Distance :
Documents joints	
Arrêté municipal et/ou préfectoral <input type="checkbox"/> Avis de la commission de sécurité <input type="checkbox"/>	
Plans du site <input type="checkbox"/> Annuaire téléphonique du site <input type="checkbox"/> Autres :	
Autres secours présents sur place	
Médecin <input type="checkbox"/> Nom :	Téléphone :
Infirmier <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	Autres :
Ambulance privée <input type="checkbox"/>	Autres :
Secours publics SMUR <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Gendarmerie <input type="checkbox"/>	
Autres :	

Le signataire, nom et prénom :

certifie l'exactitude des renseignements fournis

Signature :

dans le cadre de la mutualisation des moyens et de la gestion interdépartementale ce document doit être adressé par mail : equipes@cfspc.org ou par fax : 01.45.39.45.75
ou par poste : **CFS 86, rue de l'Ouest 75014 PARIS**