

Demande d'un PMS (poste médico-sanitaire)

*En cas d'intérêt, merci de compléter le formulaire et de nous le retourner au
moins **3 mois** avant le poste sanitaire*

Lieu de la manifestation

Date de la manifestation

Type de manifestation

*(Veuillez préciser la nature)***Organisateur**

Nom

Prénom

Société

Adresse

NP localité

Téléphone

Mobile

Adresse e-mail

Adresse facturation

NP localité

Personne de contact pour la mise en place du PMS

Nom

Prénom

Téléphone

Mobile

Adresse e-mail

Dates et horaires * de la manifestation

| | | | | | | | | |
|------|--|------------|--|---|--|---|--|--------|
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |
| Date | | Horaire de | | à | | = | | heures |

**Horaires : voir "Conditions service sanitaire", rubrique "Horaires"*

Participants actifs

| | | | | |
|---|--|--|-----|-----|
| Nombre de participants actifs | | | | |
| Seront-ils sollicités sur le plan physique ? | | | oui | non |
| S'agit-il d'amateurs (non professionnels) ? | | | oui | non |
| Leur niveau de formation/entraînement est-il plutôt bas ? | | | oui | non |
| Est-ce que les activités à accomplir présentent des risques d'accidents ? | | | oui | non |
| Si oui, lesquels ? | | | | |
| Y-a-t-il contact corporel (sport de combats/d'équipes) ? | | | oui | non |
| Y-a-t-il risque de concentration de foule (p. ex. peloton) ? | | | oui | non |

Spectateurs / Visiteurs

| | | | | |
|---|--|--|-----|-----|
| Nombre de spectateurs/visiteurs attendus | | | | |
| Nombre maximal autorisé de spectateurs/visiteurs | | | | |
| Y-a-t-il un risque de cohue/bousculade ? | | | oui | non |
| Présence attendue de groupes de personnes à risques ? | | | oui | non |
| Si oui, lesquels ? | | | | |
| Présence potentielle de personnes sous l'influence de l'alcool et/ou de stupéfiants | | | oui | non |

Environnement de la manifestation

Description

(En plein air, halle, forêt, bâtiment, tente, stade, etc...)

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| Surface disponible en m ² | | | |
| Locaux fermés | | oui | non |
| Accès difficile | | oui | non |
| Terrain peu praticable (glissant, gelé, accidenté, etc...) | | oui | non |
| Facteurs spéciaux (chaleur excessive, manque d'oxygène, etc...) | | oui | non |
| Les conditions atmosphériques augmentent-elles le risque | | oui | non |
| Délimitation stricte des zones spectateurs/visiteurs | | oui | non |
| Accès prévus pour les véhicules de sauvetage | | oui | non |
| Mobilisation des forces de l'ordre ou d'un service sécurité | | oui | non |
| Si oui, précisez | | | |

Locaux à disposition pour le poste sanitaire

| | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|-----|--|
| Mise à disposition par l'organisateur | | oui | non | |
| Si oui | Description du local (grandeur) | | | |
| | Emplacement | | | |
| | Commodités | Eau | | |
| | | Lavabo | | |
| | | Electricité | | |
| | | Lumière | | |
| | | Chauffage | | |
| | | Lit d'infirmierie | | |
| | | Défibrillateur | | |
| Autre | | | | |
| Si non | Y-a-t-il un emplacement pour une tente ? | oui | non | |
| | Préciser l'emplacement souhaité | | | |

Substances

Selon les "Conditions service sanitaire", rubrique "Substances", vous avez le choix de vous occuper de celle-ci ou de nous déléguer cette tâche. Prière de cocher ce qui vous convient le mieux

| | | |
|--|--------------------------|-----|
| L'organisateur se charge de la subsistance | <input type="checkbox"/> | oui |
| L'APS se charge de la subsistance contre facturation | <input type="checkbox"/> | oui |

Autres

Autres éléments dont il faudrait tenir compte pour l'évaluation du dimensionnement sanitaire ou autres remarques

Lieu et date

Signature du client