

**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 ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
S'agit-il d'amateurs (non professionnels) ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Leur niveau de formation/entraînement est-il plutôt bas ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Est-ce que les activités à accomplir présentent des risques d'accidents ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Si oui, lesquels ?					
Y-a-t-il contact corporel (sport de combats/d'équipes) ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Y-a-t-il risque de concentration de foule (p. ex. peloton) ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

**Spectateurs / Visiteurs**

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

### Environnement de la manifestation

Description	
-------------	--

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

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

### Locaux à disposition pour le poste sanitaire

Mise à disposition par l'organisateur	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Si oui	Description du local (grandeur)				
	Emplacement				
	Commodités	<input type="checkbox"/>	Eau		
		<input type="checkbox"/>	Lavabo		
		<input type="checkbox"/>	Electricité		
		<input type="checkbox"/>	Lumière		
		<input type="checkbox"/>	Chauffage		
		<input type="checkbox"/>	Lit d'infirmierie		
<input type="checkbox"/>	Défibrillateur				
<input type="checkbox"/>	Autre				
Si non	Y-a-t-il un emplacement pour une tente ?	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	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