**Demande de Dispositif Prévisionnel de Secours (DPS)**

ATTENTION : merci de réaliser un document par jour de manifestation si il y a un temps de pause entre chaque journée.

Merci de nous retourner rapidement ce document par courrier, email ou fax un mois au plus tard avant la date de la manifestation.

**Pour l’association :**  Comité Départemental de l’Oise  Association du Compiègnois  Association du Clermontois

Association de Longueil-Sainte-Marie  Association Secourut’s  Association FORMECB

**Organisme demandeur**

Raison sociale : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….…………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..………..…………..

Téléphone Fixe : ………………………………………………………… Téléphone Portable : ………………………………………………………………

Fax : ……………………………………………………….………………….. E-mail : …………………………………………………….……..….……..….………..

Représenté par : …………………………………….…………….…………………….. Fonction : ………………………..……….…………..…………..

Représenté légalement par : ……………………………………………………….. Fonction : ……………………………………..…..……..………..

**Caractéristique de la manifestation**

Nom de la manifestation : ………………………………………………………………………………….. Activité / Type : ………………………………………………….

Date et heure de début : …………………………………………….. Date et heure de fin : ………………………….……………………………..

Nom du contact sur place : ………………………..………………………………….. Fonction : …………………………………..………………………..……………..

Téléphone fixe : …………………………………………….. Téléphone Portable : …………………………………………….....………..

Adresse et lieu précis de la manifestation : …………………………………………………………………………………..…………………………………………………..

Circuit :  Oui /  Non Si Oui :  Circuit ouvert /  Circuit fermé

Superficie : …………………………………………….. Distance entre les deux points les plus éloignés du site : ……………………………………………..

Risques Particuliers : …………………………………………………………..……………………………………………..…………………………………………..………………..

**Nature de la demande**

Demande pour :  Les acteurs  Le public

Effectif d’acteurs : …… Tranche d’âge : ……

Effectif public : …… Tranche d’âge : ……

Personnes ayant des besoins particuliers :

* Communication (traducteur) : ………………………………..
* Déplacement (chaise roulante…) : ……………….………….
* Autres : ………………………………………………………….…………

Durée de présence du public :………………………………………

Public :  Assis  Debout  Statique  Dynamique

**Caractéristique de l’environnement et de l’accessibilité du site**

Structure :  Permanente  Non Permanente

Types de structure : ……………………………………………………….

Voies Publiques :  Oui  Non

Dimension de l’espace naturel : ……………………………………….

Nature du site : ………………………………………..…………………….

Distance de brancardage : ……… Terrain plat :  Oui  Non

Si Non longueur de la pente : ………….

Autres conditions d’accès difficile : ………………………………………

**Structures fixes de secours public les plus proches**

Structure d’incendie et de secours de : …………………………….

Distance  : …………………

Structure hospitalière de : ……………………………………..………..

Distance : …………………

**Documents joints**

Arrêté municipal et/ou préfectoral

Avis de la commission de sécurité

Plans du site  Annuaire téléphonique du site

Autres : ……………………………………………………….

**Autres secours sur Place**

Médecin Nom : ………………………………………………………. Téléphone : ……………………………………………………….

Infirmier Nombre : ………  Kinésithérapeute Nombre : ………

Infirmerie  Ambulance privée Autres : ……………………………………………………….

Secours publics :  SMUR  Sapeurs-Pompiers  Police  Gendarmerie

Autres (associations de sécurité civile, etc.) : ……………………………………………………….

Fait à : ……………………………………. Le : ……/……/……

Nom, fonction du demandeur :

……………………………………………………….

Signature et Cachet : 