



## DOSSIER DE SECURITE

### 1. Caractéristiques de la manifestation :

**Dénomination :**

.....

o Nature (Activité/Type) :

.....

**Commune et adresse de la manifestation :**

.....

.....

.....

**Dates :**

.....

**Durée :**

.....

o Heure de début : ..... Heure de fin :

.....

**Circuit :**  Oui  Non Si oui :  Ouvert  Fermé

**Superficie :** ..... Distance maximum entre les 2 points les plus éloignés du site :

.....

**Risques particuliers :**

.....

**Nom du contact sur place :**

.....

o Fonction de ce contact :

.....

o Tel. Fixe : ..... Tel. Portable :

.....

### 2. Responsables de la manifestation :

**Raison sociale :**

Nom:

.....

Adresse:

.....  
Tel. fixe: ..... Tel. Portable:

.....  
Fax.: ..... Mail:

.....  
 **Représenté par :**

Nom:

.....  
Fonction :

.....  
Tel. Fixe : ..... Tel. Portable :

.....

### **3. Spectateurs ou participants attendus :**

**Effectif d'acteurs :** ..... Tranche d'âge :  
.....

**Effectif public :** ..... Tranche d'âge :  
.....

- Communication (traducteur) : .....

**Dont personnes ayant des besoins particuliers - Déplacement (chaise roulante...):**  
.....

- Autres : .....

**Durée de la présence du public :**

.....

**Public :**  Assis  Debout  Statique  Dynamique

**Entrées payantes :**  Oui  Non

### **4. Caractéristiques de l'environnement et de l'accessibilité du site :**

**Structure :**  Permanente  Non permanente Types : .....

**Voies publiques :**  Oui  Non

**Dimension de l'espace naturel :**

**Distance de brancardage :** ..... Longueur de la pente du terrain :  
.....

**Autres conditions d'accès difficile :**

**5. Structures fixes de Secours public les plus proches :**

**Centre d'incendie et de secours de :** ..... Distance :  
.....

**Structure hospitalière de :** ..... Distance :  
.....

**6. Documents joints :**

Arrêté municipal et/ou préfectoral  Avis de la commission de sécurité  
 Plans du site  Annuaire téléphonique du site  Autres :

**7. Autres secours présents sur place :**

**Médecin**  **Infirmier**  **Kinésithérapeute**  **Autres :**

Nom : ..... Tél. : .....

**Ambulance privée**  **Autres :**

**Secours publics :**  SMUR  Sapeurs-Pompiers  Police  Gendarmerie  Autres :