

Demande de Service sanitaire		Veillez envoyer cette demande à la section concernée assez tôt mais au moins semaines avant la manifestation.						
Organisateur :								
Nature de la manifestation :								
Lieu de la manifestation :								
Date :		Horaire : de		à		H=		heures
Date :		Horaire : de		à		H=		heures
Date :		Horaire : de		à		H=		heures
Nom personne de contact :						tél priv.		
Rue/Lieu : Adresse pour la facturation :						tél prof.		
Facturation par E-mail :								
Description de la manifestation :								
Participants actifs		Nombre de participants actif :						
							Oui	Non
		Les participants sont-ils physiquement fortement impliqués ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Les participants actifs sont-ils amateurs ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Leur niveau de formation/entraînement est-il plutôt bas ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		L'activité comporte-t-elle un risque spécial ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si oui, lequel ?						
		Y a-t-il contact corporel (sport de combat/équipes) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Y a-t-il risque de concentration de foule (p.ex. circuit) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spectateurs/Visiteurs		Nombre de spectateurs/visiteurs						
		Y a-t-il un risque de cohue/bousculade ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Faut-il s'attendre à des groupes particulièrement à risque (personnes âgées, cardiaques, etc.) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Faut-il s'attendre à des émotions fortes ou à des problèmes d'alcool ou de drogues ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Les conditions atmosphériques augmentent-elles le risque ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement		La manifestation se déroule-t-elle dans un grand périmètre ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Description du terrain (p.ex. Halle, terrain de sport, forêt, carrière) :						
NPA/Lieu			Date			Signature		
Cette demande est à adresser par courriel à : services.sanitaires@sama-leloclle.ch								

Accord pour la mise sur pied d'un poste sanitaire

Entre :

La section de samaritains de

Et comme organisateur

Nature de la manifestation

Lieu de la manifestation

Date

Evaluation du risque

☐ Risque faible

☐ Risque moyen

☐ Risque élevé

La section de samaritains met à disposition

Date : _____ Horaire de _____ à _____ Heures _____ samaritains

Date : _____ Horaire de _____ à _____ Heures _____ samaritains

Date : _____ Horaire de _____ à _____ Heures _____ samaritains

Total heures de présence _____ Samaritains x _____ heures = _____ heures

Infrastructure

**Emplacement pour le
véhicule de poste/ la
tente**

☐ non disponible

☐ disponible

Où :

Raccordement électrique 220V

Raccordement d'eau

Raccordement téléphonique

Le local pour le poste sanitaire est mis à disposition par l'organisateur

Où :

Désignation du local :

Dimensions **3*4m par degré**

Raccordement électrique 220V

Raccordement d'eau

Raccordement téléphonique

Voies d'accès pour les services de secours :

Présence d'une ambulance

Présence d'un médecin

SMUR ?

Calcul des coûts

Heures de présence		8h-20h de jour	à CHF.	20.-/h	CHF.	
		20h-8h de nuit	à CHF.	25.-/h	CHF.	
Véhicule/ tente/matériel de poste	1 ^{er} jour	Forfait	à CHF.	150.-	CHF.	150.00
		Jours supplémentaires	à CHF.	100.-	CHF.	
Matériel de consommation	Taxe de base	CHF. 50.-	suppléments	CHF.	CHF.	50.00
Divers					CHF.	
Total					CHF.	

Les transports de patients se font en principe par les services de secours, dans des cas légers par les proches du patient.

Les samaritains de service ont droit à un ravitaillement par l'organisateur :

Jusqu'à quatre heures de service : une collation
 Plus de quatre heures de service : un repas complet

Ev. paiement comptant pour repas CHF. _____

Autres frais pour : _____ CHF. _____

Personne de contact de l'organisateur pendant la manifestation

Nom/Prénom _____

Atteignable _____

Où _____

Comment _____

Les soussignés confirment les accords conclus.

Pour l'organisateur Nom/prénom _____

Rue/lieu _____

Tél. privé / prof. _____

Signature _____

Pour la section de Samaritains : Nom/prénom _____

Rue/lieu _____

Tél. privé / prof. _____

Signature _____

Copies : → 1 exemplaire à l'organisateur
 → 1 exemplaire à la section de samaritains