

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------|---|-----------|----|--|--------|--------------------------|--------------------------|
| Demande de Service sanitaire | | Veuillez 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-lelocle.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. 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