**Annonce d’une manifestation :**

Annoncer votre manifestation (poste sanitaire) permet à la centrale 144 d'avoir un contact sur place en cas d'événement, de définir les accès pour les secours et de coordonner les moyens de la manifestation avec les moyens extérieurs à celle-ci.

*Cette annonce ne vous dispense pas des demandes d'autorisations auprès des autorités compétentes pour l'organisation de manifestation et/ou l'installation de poste sanitaire.*

*Merci de remplir complètement ce document et le renvoyer à l’adresse suivante : info.144@vd.ch avec si possible les plans d’accès. Si la manifestation est itinérante veuillez joindre le plan du parcours lors de l’envoi de ce formulaire.*

Les champs marqués d’une \* sont obligatoires

**Evénement**

Nom de la manifestation\*: « *zone de texte* »

Type d’activité\*: « *zone de texte »*

Nombre de participants estimés \*: « *zone de texte »*

Nombre de public estimés \*: « *zone de texte »*

Autres informations pertinentes ou importantes :

* *Si le nombre de public ou participants évolue selon les dates, merci de nous joindre un document détaillé en annexe*

**Localisation**

Commune et adresse (coordonnée géographique) \*:

Cheminement par lequel une ambulance externe au dispositif peut intervenir (accès)\*:

Adresse d’un éventuel accès secondaire :

* *Veuillez SVP nous fournir un plan de la manifestation avec l’accès principal et les éventuels accès secondaires pour les ambulances externes*

**Déroulement**

Date\*: « *Format date JJ.MM.AAAA »*. Horaires\*:*« Format heure de 11 :11 à 11 :11* »

Date : « *Format date JJ.MM.AAAA »*. Horaires : *« Format heure de 11 :11 à 11 :11* »

Date : « *Format date JJ.MM.AAAA »* Horaires : *« Format heure de 11 :11 à 11 :11* »

Date *:* « *Format date JJ.MM.AAAA »* Horaires : *« Format heure de 11 :11 à 11 :11* »

Date : « *Format date JJ.MM.AAAA »* Horaires : *« Format heure de 11 :11 à 11 :11* »

* *Si plus de 5 dates sont prévues, merci de nous joindre un document détaillé en annexe*

**Contacts du poste sanitaire**

Contact sur place pour gérer les interventions \* : « *zone de texte* »

Autre 1 : « *zone de texte »*

Autre 2 : *« zone de texte »*

* *Si les contacts changent selon les dates, merci de nous joindre un document détaillé en annexe*

**Moyens sanitaires**

Prestataire DMS : « *zone de texte »*

Ambulance : *oui/non oui -> nbre*

Compagnie : *zone de texte*

*Si une ou des ambulances sont prévues, une autorisation pour le transport des personnes a-t-elle été délivrée par l’autorité cantonale compétente \*: oui / non*

Médecin : *oui/non oui-> nbre*

Paramédicaux : *oui/non oui-> nbre*

Infirmière : *oui/non oui-> nbre*

Secouristes : *oui/non oui-> nbre*

Autres moyens : *oui/non oui-> nbre*

**Commentaires**

Commentaires : « *zone de texte »*

**Dossier établi par**

Entreprise : « *zone de texte* »

Téléphone\*: *« zone de texte* »

Nom & Prénom\*: « *zone de texte* »

Email\*: « *zone de texte »*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. Version** | **Date** | **Elaboré/Modifié par :** | **Validé par :** |
| 2.0 | 30.05.2024 | MFL |  |