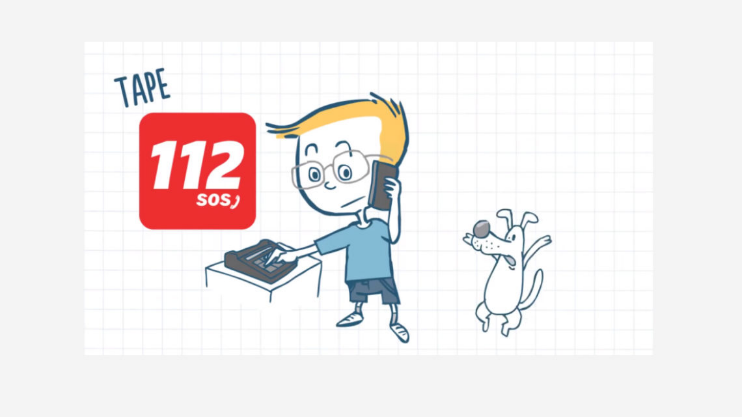
**NOTIFICATION CU112 - PRIMA**Une image contenant texte, Police, logo, capture d’écran

Description générée automatiquement

Ce document est à compléter en vue d’une bonne coordination des services de secours lors d’un évènement autorisé par l’Autorité compétente.

Il devra être transmis au plus tard 10 jours ouvrés avant l’évènement à la/aux CU 112 territorialement compétente(s). Passé ce délai, ce formulaire ne sera pas pris en considération par la CU 112.

**Informations générales** :

|  |
| --- |
|  |

a. Nom complet de l’évènement :

b. Nature de l’événement :

|  |
| --- |
|  |

c. Dates et heures :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accès au public de cet événement** | | | **Dispositif Médical Préventif opérationnel** | | |
| Dates | Heure de début | Heure de fin | Dates | Heure de début | Heure de fin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

☐ Je joins les documents suivants : dossier de présentation, plan(s) d’implantation du site, plan(s) de sécurité, dossier de présentation, itinéraire (circuit), plan de mobilité (accès, IN-OUT,…), localisation du/des poste(s) de soins,…

**Adresses postales des lieux concernés par l’événement** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rue(s) | n° | Code postal | Localité |
| Accès Public |  |  |  |  |
| Accès Secours |  |  |  |  |
| Poste de soins |  |  |  |  |

**Moyens de secours médicaux mis en œuvre :**

A compléter si présence d’ambulances agréées par le SPF SP pour évacuation vers les hôpitaux :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicatif Radio | Plaque d’immatriculation | ISSI ASTRID | Numéro de contact (GSM) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Données de contact (personnes joignables sur place durant l’événement) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction (cochez si présent)** | **Nom** | **Numéro de GSM** |
| ☐ Responsable sur place du DMP |  |  |
| ☐ Responsable Sécurité sur site |  |  |
| ☐ Médecin Coordinateur |  |  |
| ☐ PC Multidisciplinaire |  |  |
| ☐ ….. |  |  |
| ☐ ….. |  |  |
| ☐ ….. |  |  |
| ☐ ….. |  |  |

Informations complémentaires utiles à la bonne gestion des secours liés à la manifestation :

|  |
| --- |
|  |

Nom, prénom, fonction et signature de la personne ayant complété le formulaire :

|  |
| --- |
| *Signature et validation électronique* |

☐ **Certifié sincère et véritable**