



Nom de la manifestation*:

Date, horaire et lieu de la manifestation*:

Annexe 1

Médecins

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Spécialité*		Spécialité*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Spécialité*		Spécialité*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Spécialité*		Spécialité*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



Nom de la manifestation*:

Date, horaire et lieu de la manifestation*:

Annexe 2

Infirmiers/ères

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



Nom de la manifestation*:

Date, horaire et lieu de la manifestation*:

Annexe 3

Ambulanciers/ères

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nom*		Nom*	
Prénom*		Prénom*	
Téléphone*		Téléphone*	
Date de naissance*		Date de naissance*	
Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Droit de pratique*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



Nom de la manifestation*:

Date, horaire et lieu de la manifestation*:

Annexe 4

Postes de premiers secours

Emplacement *			
Accès*			
Société responsable*			
Contact responsable*		N° de téléphone*	
Effectif *			
Matériel*			
Défibrillateur*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Emplacement *			
Accès*			
Société responsable*			
Contact responsable*		N° de téléphone*	
Effectif *			
Matériel*			
Défibrillateur*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	



Nom de la manifestation*:

Date, horaire et lieu de la manifestation*:

Annexe 5

Ambulances

Emplacement*	
Accès*	
Service d'ambulances*	
Sélectif radio*	
Contact responsable*	

Emplacement*	
Accès*	
Service d'ambulances*	
Sélectif radio*	
Contact responsable*	

Emplacement*	
Accès*	
Service d'ambulances*	
Sélectif radio*	
Contact responsable*	