



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	

