

# Sécurité Homologation

**Dossier**

**2014**

*!!! Dossier à photocopier  
si plusieurs épreuves sont  
organisées par votre club !!!*

# COMPOSITION DU DOSSIER

## ORGANISATEUR

Documents pour l'organisateur :

**A - B - C - G - H - I - M - N - O - Q.**

- ☛ **Document A : Adresse des Inspecteurs pour la demande officielle d'homologation et/ou d'inspection de la piste ou du parcours.**
- ☛ **Document B : planche "type" pour les plans de sécurité qui sera obligatoirement utilisée dans toutes les disciplines.**  
L'organisateur joindra: un plan général du parcours ou de la piste sur lequel seront repris les **numéros des** postes faisant l'objet d'un plan de sécurité détaillé.  
En plus pour les courses de côte, les sprint, les rallyes et rallyes sprint les ou la carte du ou des parcours qui sera à l'échelle 1/20.000 ainsi que les vues aériennes s'y rapportant.
- ☛ **Document C : planche "type" des symboles de sécurité**  
L'organisateur se servira uniquement des symboles répertoriés sur cette planche.  
Il reproduira cette planche au début de son cahier ou son road-book de sécurité afin d'expliquer la signification des ces sigles à toutes personnes amenées à se servir de ce document.
- ☛ **DOCUMENT G : cahier des charges pour les pistes et parcours de Karting**  
Ce Cahier des Charges sera établi par le responsable "Sécurité" de l'organisation ou du circuit.
- ☛ **DOCUMENT H: Déclaration d'accident à compléter par les commissaires de sécurité**  
Ce document est un modèle de la déclaration d'accident réservée aux commissaires de sécurité et qui sera remis à la Direction de course en fin d'épreuve.  
**Une copie, de ce document, sera annexée au dossier du C.S.**
- ☛ **DOCUMENT I: Déclaration d'accident à compléter par le(s) pilote(s)**  
Ce document est un modèle de la déclaration d'accident réservée aux pilotes (se référer également à l'Article 1.8.2. du R.S.G.).  
**Une copie, de ce document, sera annexée au dossier du C.S.**
- ☛ **DOCUMENT M : Document de modification d'emplacement/adjonction de poste de Commissaire de sécurité**  
**Une copie, de ce document, sera annexée au dossier de l'I.S.**
- ☛ **DOCUMENT N : Rapport de vérification du matériel médical**  
**Une copie, de ce document, sera annexée au dossier de l'I.S.**
- ☛ **DOCUMENT O : Déclaration d'intervention médicale**  
**Une copie, de ce document, sera annexée au dossier du C.S.**
- ☛ **DOCUMENT Q : Document médicale**

Document a renvoyé au Docteur Francis NDE

**TOUS LES DOCUMENTS ORIGINAUX SERONT UTILISES SUR FORMAT A4**

## Adresse des Inspecteurs pour tout renseignement concernant l'homologation et/ou l'inspection de la piste ou d'un Parcours.

<b>Bt</b>	:	Jean-Louis DELABY	Chaussée d'Otembourg, 125 à 1300 WAVRE ☎ 010/22 65 77 - ✉ <a href="mailto:licence@csapb.org">licence@csapb.org</a>
		Philippe PIRAUX	Rue du Jauviat, 50 à 5530 YVOIR ☎ 0475/20 11 81 - ✉ <a href="mailto:philippe.piraux@minfin.fed.be">philippe.piraux@minfin.fed.be</a>
		Pierre VANDERLIN	Bruyère du Culot, 8 à 1495 VILLERS LA VILLE ☎ 071/87 99 27 - ☎ 0478/21 38 06 - ✉ <a href="mailto:pierre.vanderlin@skynet.be">pierre.vanderlin@skynet.be</a>
<b>Ht</b>	:	Steve JAUQUET	Place Albert 1er, 53/001 à 6440 FROIDCHAPELLE ☎ 0479/73 47 94 ✉ <a href="mailto:jauquet-steve@hotmail.com">jauquet-steve@hotmail.com</a>
		Eddy LIMBOURG	Rue d'Ecaussines, 88 à 7090 BRAINE-LE-COMTE ☎ 067/21 87 23 ☎ 0477/99 57 25 ✉ <a href="mailto:focus1man@hotmail.com">focus1man@hotmail.com</a>
<b>Lg</b>	:	Lambert SEVRIN	Chaussée F. Terwagne, 178 à 4540 AMAY ☎ 085/31 46 00 - ☎ 0477/29 66 97 - ✉ <a href="mailto:lambert.sevrin@skynet.be">lambert.sevrin@skynet.be</a>
		Jean-Michel LUX	Rue Loneu, 48 à 4470 SAINT-GEORGES ☎ 0474/87 48 35 - ✉ <a href="mailto:scale_x32@hotmail.com">scale_x32@hotmail.com</a>
		Guy RENARD	Rue de Louveigné, 21 à 4920 SOUGNE REMOUCHAMPS ☎ 0497/86 46 02 - ✉ <a href="mailto:grenard01@gmail.com">grenard01@gmail.com</a>
<b>Lx</b>	:	André DOEMER	Rue du Boty, 34 à 4590 WARZEE ☎ 086/36 65 60 - ☎ 0477/94 78 14
		Bernard MENU	Rue Emile Vandervelde, 110 à 5190 HAM SUR SAMBRE ☎ 071/78 89 94 - ☎ 0495/78 33 93 - ✉ <a href="mailto:bernard.menu@hotmail.com">bernard.menu@hotmail.com</a>
<b>Na</b>	:	Herman NYSSSEN	Rue du Jauviat, 48 à 5530 YVOIR ☎ 082/61 21 55 - ☎ 0478/22 93 57 - ✉ <a href="mailto:h.nyssen@swing.be">h.nyssen@swing.be</a>
		Jean-Claude PUISSANT	Rue des Bouleaux, 3 à 5190 JEMEPPE-SUR-SAMBRE ☎ 0479/84 49 71 - ✉ <a href="mailto:pouissant,jcl@hotmail.com">pouissant,jcl@hotmail.com</a>
		Bernard MARLAIRE	Rue des Acacias, 4 à 5590 Fays – Achêne - ☎ 083/21 79 06 - ☎ 0474/40 44 94 - ✉ <a href="mailto:marlaire.bernard@skynet.be">marlaire.bernard@skynet.be</a>

En Rallye B, B/Short, Rallye Sprint, Sprint et Course de Côte, si l'organisateur le désire, il peut envoyer à l'Inspecteur Sécurité-Homologation, prévu à son épreuve, les plans de sécurité pour une première évaluation (c'est à dire : voir si sont déjà indiqués, les largeurs des routes, les mesures des Z.I., etc...)

**Attention : La licence d'homologation sera délivrée pour les plans de sécurité définitifs, remis à cet Inspecteur. Ne pas oublier le délai pour la rentrée du dossier à BRUXELLES.**







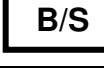
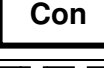
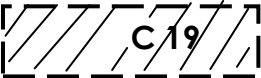

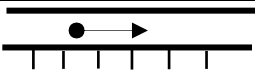
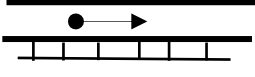
L'inspecteur Sécurité-Homologation, prévu à l'épreuve, devra **être contacté** dans les meilleurs délais afin que l'homologation et/ou l'inspection puisse se dérouler normalement (Cf. Chapitre II, des Prescriptions Sportives de l'A.S.A.F. 2014).




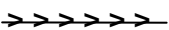

## PLANCHE "TYPE" POUR LES PLANS DE SECURITE

<b>NOM DE L'EPREUVE</b>	<b><u>Distance partielle</u></b> Du poste précédent	<b><u>Km partiel E.C.</u></b> <b><u>(depuis le départ)</u></b>	<b><u>E.C.</u></b>	
	Jusqu'au poste suivant	<b><u>Longueur total E.C.</u></b>	<b><u>Poste N°</u></b>	<b><u>E.C. N°</u></b>
<b><u>REMARQUES:</u></b>			<b><u>Page</u></b>	

# SYMBOLES

## SÉCURITÉ - HOMOLOGATION

LEGENDE	SYMBOLE
Poste de Sécurité	
Extincteur	E
Responsable E.C.	
Véhicule d'intervention	
Ambulance	
Dépanneur	
Croix-Rouge	
Buvette / Snack	
Construction	
Zone interdite + <b>dimensions</b>	
Ruban balise	- - - - -
Indicateur direction	
Fossé + <b>profondeur</b>	
Talus + <b>hauteur</b>	
Heras	>H<
Nadar	>N<

LEGENDE	SYMBOLE
Pot. Elect.	
Gros Ballot	GB
Pneus	PN
Protection	P
Fil Barbelé / Clôture	- . - . - . - .
Haie / Buisson	xxxxxxxxx
Rivière / Eau	
Arbre	
Caniveau	
Route d'évacuation	+ + + + +
Déviation	DEV
Zone 10 mètres	
<b>LEGENDE</b>	<b>Autres symboles</b>

# CAHIER DES CHARGES

## Karting

### 1. Fiche signalétique du circuit

- Nom du circuit: .....
- Nom de l'organisateur: .....
- Tél. & Fax.: .....
- Nom du responsable du parcours: .....
- Tél. & Fax.: .....
- Longueur du circuit: .....
- Largeur maximum de la piste: .....
- Largeur minimum de la piste : .....
- Revêtement de la piste: .....
- Nombre de véhicules admis: .....
- Catégories acceptées: .....
- .....

### 2. Protection sur le circuit (à indiquer sur le plan)

- Lignes droites:
  - Sans glissières: .....
  - Avec glissières: .....
  - Murs en New Jersey: .....
  - Autres: .....
- Virages intérieurs
  - Sans glissières: .....
  - Avec glissières: .....
  - Murs en New Jersey: .....
  - Autres: .....
- Virages extérieurs
  - Sans glissières : .....
  - Avec glissières : .....
  - Murs en New Jersey : .....
  - Bacs à gravier: .....
  - Ballots de paille: .....
  - Pneus: .....

# DECLARATION D'ACCIDENT

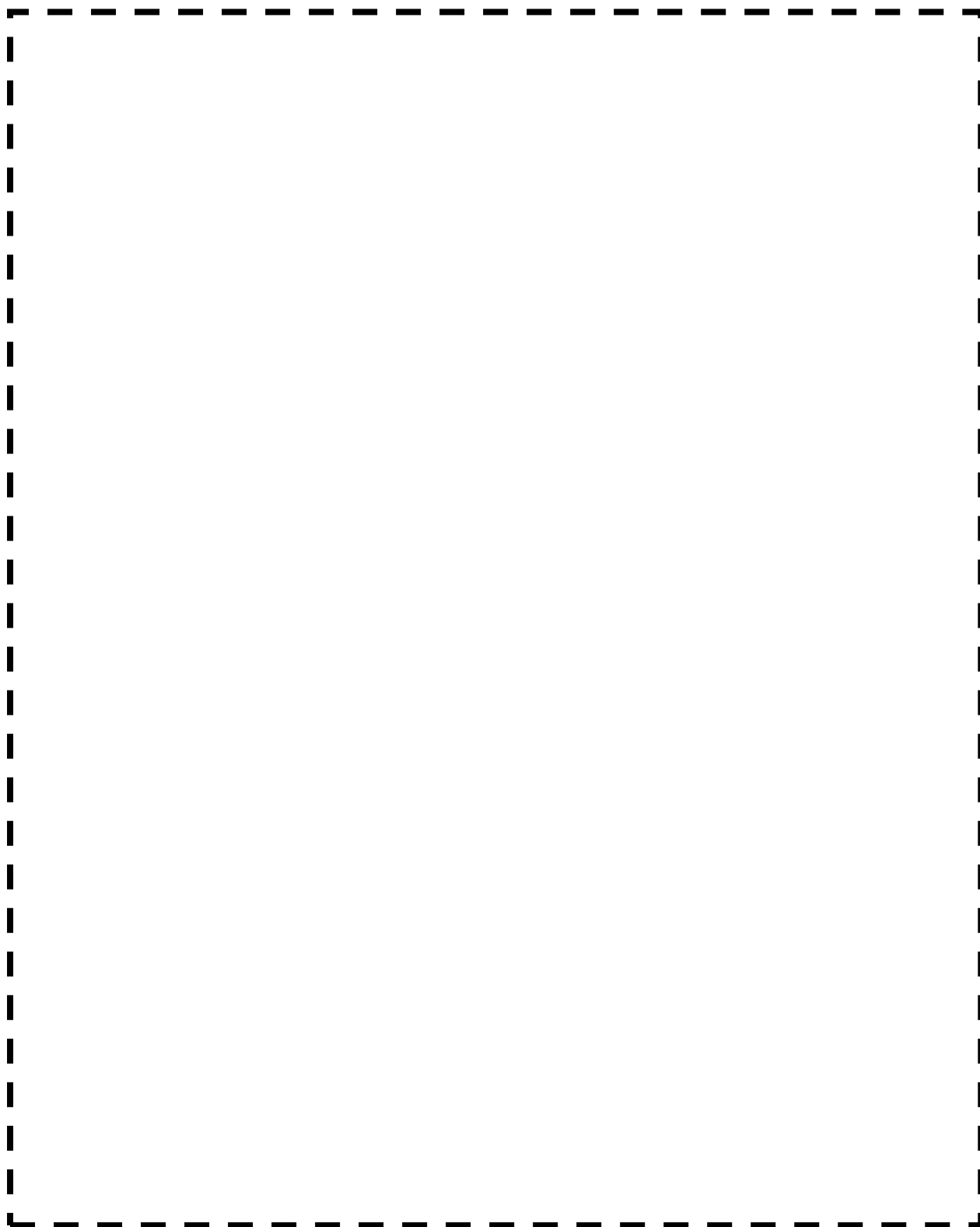
**A COMPLETER PAR LE(S) COMMISSAIRE(S) DE SECURITE**

EPREUVE : ..... DATE : .....  
 E.C. N°: ..... BOUCLE N°: ..... POSTE N°: .....

SITUATION	CIRCONSTANCES
Localité : ..... Rue : ..... Survenu le : ..... vers.....heures	(narration succincte de l'événement ayant causé le sinistre) ..... ..... .....
AUTEUR DE L'ACCIDENT OU DU SINISTRE	PREJUDICIE/VICTIME
Marque du véhicule : ..... Numéro : ..... <b>Identité du conducteur :</b> Nom, prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....	Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Rencontré sur place : OUI - NON Fait partie de l'organisation : OUI - NON Si oui, fonction : .....
DESCRIPTION DU SINISTRE	CROQUIS
Mentionner ci-dessous tout élément de nature à faciliter la localisation et l'ampleur du sinistre (véhicule, immeuble, etc.) ..... ..... ..... .....	<b>Dessiner au verso de cette feuille</b> <b>la situation (approximative)</b> <b>de l'événement</b>

<b>RESPONSABLE DE L'E.C.</b>	<b>VICTIME</b>	<b>ORGANISATION</b>
(ou délégué, exemple : chef d'équipe) Nom & prénom : ..... Signature : .....	Nom & prénom : ..... Signature : .....	Nom & prénom : ..... Signature : .....

Croquis (approximatif) de la situation





# DECLARATION D'ACCIDENT

**A COMPLETER PAR LE(S) PILOTE(S)**

VOITURE N°	.....
Nom du pilote :	.....
Adresse :	..... .....
	<b>Signature :</b>
Nom du Copilote :	.....
Adresse :	..... .....
	<b>Signature :</b>

**DETAIL SOMMAIRE DE L'ACCIDENT & DOMMAGE SUBI PAR LE TIERS**

.....  
.....  
.....  
.....

**A COMPLETER PAR L'ORGANISATEUR**

Nom de la victime:	.....
Adresse :	..... ..... .....
Téléphone:	.....
Evaluation du Dommage:	.....

# MODIFICATION D'EMPLACEMENT/ADJONCTION DE POSTE DE COMMISSAIRE DE SECURITE

**A COMPLETER PAR LE(S) OFFICIEL(S)**

EPREUVE : ..... DATE : .....  
E.C. N°: ..... POSTE N°: .....

**Raison(s) et/ou motivation(s) du changement :**

.....  
.....  
.....

**CROQUIS** de la nouvelle situation

**Identification du responsable demandant la modification :**

(il doit s'agir du Responsable de l'E.C. ou du Directeur de la sécurité)

Nom : .....  
Prénom : .....  
Fonction/Lic. : .....  
Signature :

**Approbation de l'Inspecteur Sécurité**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Fonction/Lic. : .....  
Signature :

**Remarque importante :** Pour avoir une quelconque valeur, ce document devra obligatoirement être contre-signé par : L'Inspecteur Sécurité ou le commissaire sportif ayant en charge l'homologation du parcours.  
Le changement de l'emplacement ou du positionnement du véhicule devra être apporté au plan de sécurité de l'E.C. AVANT le début de l'épreuve.

**LISTE A COCHER ET A TRANSMETTRE A L'INSPECTEUR-SECURITE OU AU COMMISSAIRE SPORTIF AVANT  
LE DEBUT DE L'EPREUVE**

(Noter le numéro de l'ambulance et cocher les cases correspondant au matériel y répertorié)

**Matériel suivant la Circulaire ICM/AMU/004 du 01/01/2006**

CONTROLE AU PC : ..... **OU** sur E.C. N° : .....

EPREUVE : ..... DATE : .....

Personnel de l'ambulance (nom, prénom)	Qualifications + N° Badge (2 AMU minimum)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Ambulance N° : ..... ( <b>OU</b> N° de plaque ) : ..... <input type="checkbox"/> Moyens de communication (radio ou GSM) <input type="checkbox"/> Scoop <input type="checkbox"/> Matelas coquille / à dépression  <input type="checkbox"/> attelles à dépression / immobilisation <input type="checkbox"/> minerves  <input type="checkbox"/> Oxygène 2000 L + débitre 15 L/Min <input type="checkbox"/> Raccord rapide / prise 3 Bars <input type="checkbox"/> Oxygène 400 L + débitre 15 L/Min <input type="checkbox"/> Raccord rapide / prise 3 Bars <input type="checkbox"/> Insufflateur manuel + masque <input type="checkbox"/> Canules pour tous les âges <input type="checkbox"/> Dispositif d'aspiration (fixe ou portable) <input type="checkbox"/> Sondes d'aspiration # tailles <input type="checkbox"/> 2 Masques O2 adulte <input type="checkbox"/> 2 Masques O2 enfant <input type="checkbox"/> 2 Lunettes à O2 <input type="checkbox"/> 2 Masques pour aérosols ( <b>facultatif</b> )  <input type="checkbox"/> Matériel d'intubation <input type="checkbox"/> Laryngoscope et lames diverses <input type="checkbox"/> Pincés de Magill <input type="checkbox"/> Mandrins # calibres <input type="checkbox"/> Sondes d'intubation + embouts	<input type="checkbox"/> 2 couvertures iso-thermiques  <input type="checkbox"/> Tensiomètre <input type="checkbox"/> Pulsoxymètre <input type="checkbox"/> Stéthoscope  <input type="checkbox"/> 2 Co / spray Cedocard 5 mg <input type="checkbox"/> 2 Amp. Atropine 0,5 mg <input type="checkbox"/> 2 Amp. Adrénaline 1 mg <input type="checkbox"/> 2 Amp. Diazepam 10 mg <input type="checkbox"/> 2 Amp. Glucose 5 g <input type="checkbox"/> 2 Amp. Lasix <input type="checkbox"/> Seringues et aiguilles # calibres (5 de chaque type)  <input type="checkbox"/> 2 Sérum physiologique 1000 ml <input type="checkbox"/> 2 Hartmann 1000 ml <input type="checkbox"/> 2 Subs. Plasma 500 ml <input type="checkbox"/> 2 Glucose 5 %  <input type="checkbox"/> 10 Trousses de perfusion <input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> Cathéters de 16,18, 20, 22 (2 de chaque type) <input type="checkbox"/> Compresses et bandages  <input type="checkbox"/> Kit burning <b>ou</b> équivalent (pack ou eau)  <input type="checkbox"/> sac de premiers secours  <input type="checkbox"/> Défibrillateur automatique (DEA)

AVIS DU MEDECIN :

.....  
 .....  
 .....

Contrôlée par le Docteur : ..... INAMI : .....

# FEUILLE DE DECLARATION D'INTERVENTION \*

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM DE L'EPREUVE : ..... DATE : .....

E.C. N°: .....POSTE N° ..... BOUCLE N°.....

**BLESSE** (cocher la case correspondant à la personne qui a nécessité l'intervention et compléter le cadre ci-dessous.

Pilote       Co-pilote       Officiel       Spectateur       Commissaire       Steward  
 Personnel médical       Organisateur       Riverain       Autres :.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

S'il s'agit d'un concurrent : numéro de voiture :.....Numéro de licence : .....

Heures : de l'accident : ..... du départ des secours :..... d'intervention : .....

Motif de l'appel : ..... Source de l'appel : .....

Etat :    conscient      inconscient      casqué      non casqué      U1      U2      U3

Accident grave :    oui      non      Capacités :    apte      inapte      à contrôler

Incapacité probable      oui      non      suivant évolution

## EVACUATION

Transfert vers hôpital :      oui      non      à .....h.....

Evacué par :    ambulance médicalisée      ambulance normalisée

SMUR extérieur \*\*      : Docteur : .....

Médecin Coordinateur prévenu du lieu d'évacuation à .....h.....

**Signature du responsable de l'E.C.**      **Signature du médecin intervenant**

**SI REFUS DE VISITE MEDICALE COMPLETER CADRE ANNEXE AU VERSO**

\* : à reproduire en suffisance par l'organisateur    \*\* : joindre un exemplaire du document transfert

**ATTENTION :**

Tout participant qui subit une sortie de route jugée « lourde » par le corps médical, a l'obligation de se faire examiner par le médecin de l'organisation avant de quitter les lieux. A défaut, il ne pourra reprendre part à une compétition qu'à la condition de fournir un nouveau certificat médical de demande de licence accompagné d'une somme de 50 Euros pour frais administratifs. Le tout sera transmis par son club au responsable licence de sa CSAP.

**Dans le cas où vous refusez la visite médicale, veuillez compléter le cadre ci-dessous**

Je soussigné(e) .....Lic N° : ..... déclare par la présente refuser de me soumettre à un examen médical de contrôle après ma sortie de route ce ..... lors de l'épreuve : .....

Je reconnais, en connaissance de cause, que les complications possibles pourraient m'être imputées.

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Signature du participant

Signature(s) du (des) témoin(s)

Rappel à l'organisateur : le présent document doit être transmis au courtier R. LADURON, au courtier de proximité et au secrétariat de l'ASAF dans les plus brefs délais.

Ce document est à remplir soit par le médecin coordinateur, soit par le médecin en fonction à l'E.C. et ensuite renvoyé au **Dr. Francis NDE, Allée Paul Ooghe,16 à 1070 Anderlecht – GSM 0485/86 10 15 - Mail :ndefrancis@yahoo.fr**

**C  
H  
A  
U  
F  
F  
E  
U  
R**

Intervention médicale Le : .....  
Epreuve de : ..... Spéciale N° : ..... Boucle N° : ..... Poste N° : .....  
Nom et prénom du blessé : ..... N° : .....  
Blessé : Pilote / co-pilote / spectateur / riverain / steward / commissaire / autre : .....  
Si pilote, co-pilote, steward, commissaire ou officiel => N° de licence : .....  
Heures : d'accident : ..... de départ : ..... sur place : .....  
Type d'accident : .....  
Etat de la voiture : .....  
Visu :  Conscient  Inconscient  Casqué  Pas casqué Signé une Décharge :  OUI  NON

**I  
n  
f  
i  
r  
m  
i  
e  
r  
  
+  
M  
é  
d  
e  
c  
i  
n**

<b>Param.Vitaux</b>		à H1 : .....H.....		à H2 : .....H.....		à H3 : .....H.....		
Fréq. Respi								
Fréq. Card.								
Tens. Artér.								
Satu.								
<b>Echelle de Glasgow + évolution</b>		<b>H 1</b>	<b>H 2</b>	<b>H 3</b>	<b>Examen Neuro. et commentaires</b>			
E – Yeux	spontanée	4	4	4	Pupilles			
Ouverture	Au bruit	3	3	3				
des yeux	A la douleur	2	2	2				
	Absente	1	1	1				
V - Orale	Appropriée	5	5	5				
Réponse	Confuse	4	4	4				
	verbale	Incohérente	3	3	3			
		Incompréhension	2	2	2			
		Absente	1	1	1			
M - motrice	Obéit	6	6	6				
motrice	Réponse	Orientée	5	5	5			
		Évitement	4	4	4			
		Flexion.stéréotyp	3	3	3			
		Extens.stéréotyp.	2	2	2			
	absente	1	1	1				
<b>TOTAL</b>	-----							

- **Transfert** : OUI / NON vers : ..... à .....h.....  
- **Evacué** : par le Médecin : OUI / NON - Par un SMUR extérieur : OUI / NON  
- **Capabilité** :  Apte  inapte  à contrôler

**M  
e  
d  
e  
c  
i  
n**

Accident grave :  OUI  NON Gravité :  U 1  U 2  U 3  
Diagnostic - Traitement :

Signature du médecin de l'intervention :