

Sécurité Homologation

Dossier

2016



COMPOSITION DU DOSSIER ORGANISATEUR

A - B - C - D - E - F - G - H - I - J - K - L - 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 ou des D.I. faisant l'objet d'un plan de sécurité détaillé.
En plus, pour les courses de côte, les sprints, les rallyes et rallyes sprint, la (les) carte(s) du ou des parcours qui sera (seront) 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. S'il utilise d'autres symboles supplémentaires, il les ajoutera dans la légende.
Il reproduira cette planche (éventuellement, complétée) 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.

LICENCES D'HOMOLOGATION

- * **DOCUMENT D** : Rallye – Rallye-Sprint
- * **DOCUMENT E** : Course de Côte – Sprint
- * **DOCUMENT E BIS** : Slalom
- * **DOCUMENT F** : Karting permanent
- * **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 CS.
- * **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 CS.
- * **DOCUMENT J** : note de frais
- * **DOCUMENT K** : rapport d'inspection "rallye type B" et "B/Short" (Avant le départ de l'épreuve)
- * **DOCUMENT L** : rapport de la commission "sécurité – homologation"
- * **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'IS.
- * **DOCUMENT N** : Rapport de vérification du matériel médical
Une copie, de ce document, sera annexée au dossier de l'IS.
- * **DOCUMENT O** : Déclaration d'intervention médicale
Une copie, de ce document, sera annexée au dossier du CS.
- * **DOCUMENT Q** : Document médical

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

Nom	Prénom	Adresse Courrier	Adresse Courriel	Téléphone	Portable
				Tel/Fax	
BRASSEUR	JOEL	CITE AULICHAMPS 1, 4460 HOLLOGNE AUX PIERRE	jumawilcarjo@hotmail.com		0477/578780
JAUQUET	STEVE	RUE FOND DE LA CHAPELLE 11, 5620 FLORENNE	jauquet-steve@hotmail.com		0479/734794
LIMBOURG	EDDY	RUE D'ECAUSSINNES 88, 7090 BRAINE-LE-COMTE	focus1man@gmail.com	F.067/218723	0477/995725
LUX	JEAN-MICHEL	RUE LONNEUX 48, 4470 SAINT GEORGES	scale-x32@hotmail.com		0474/874835
MARLAIRE	BERNARD	RUE DES ACACIAS 4, 5590 FAYS-ACHENE	marlaire.bernard@skynet.be	T.083/217906	0474/404494
MENU	BERNARD	RUE EMILE VANDERVELDE 110, 5190 HAM/SUR/SAMBRE	bernard.menu@hotmail.com	F.071/788994	0495/783393
NYSSSEN	HERMAN	RUE DU JAUVIAT 48, 5530 YVOIR	h.nyssen@skynet.be	F.082/612155	0478/229357
PUISSANT	JEAN-CLAUDE	RUE DU CHESSELET38, 5060 TAMINES	puissant.jcl@gmail.com		0479/844971
RENARD	GUY	RUE DE LOUVEIGNE 21, 4920 REMOUCHAMPS	grenard01@gmail.com	T.04/3847908	0494/623444
SEVRIN	LAMBERT	CHAUSSÉE F. TERWAGNE 178, 4540 AMAY	lambert.sevrin@skynet.be	T/F.085/314600	0477/296697
VANDERLIN	PIERRE	BRUYERE DU CULOT 8, 1495 VILLERS-LA-VILLE	pierre.vanderlin@skynet.be	T.071/879927	0478/213806

Coordonnées des IS stagiaires

Nom	Prénom	Adresse Courrier	Adresse Courriel	Téléphone	Portable
				Tel/Fax	
BARTHELEMY	JOSE	RUE OSTIVAY 27, 5550 NAFRAITURE		T.061/500503	0472/732164
GREUSE	DANIEL	AVENUE DU CONDOR 25/12, 1080 MOLENBEEK ST JEAN	dgreuse@gmail.com	T.02/5233881	0477/689857

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 de respecter le délai pour rentrer le dossier à BRUXELLES.





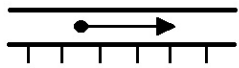

L'inspecteur Sécurité-Homologation, prévu à l'épreuve, devra être contacté dans les meilleurs délais afin que l'homologation et/ou l'inspection puisse se dérouler normalement (Cf. Chapitre II, des Prescriptions Sportives de l'ASAF).










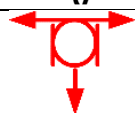
PLANCHE "TYPE" POUR LES PLANS DE SECURITE

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

SYMBOLES

SÉCURITÉ - HOMOLOGATION

LEGENDE	SYMBOLE
Poste de sécurité	
Extincteur	E
Responsable E.C.	R.e.
Véhicule d'intervention	V.I.
Ambulance	A.
Dépanneur	D.
Croix-Rouge	C.R.
Buvette / Snack	B/S
Construction	Con
Zone interdite + dimensions	
Ruban balise	
Indicateur direction	
Fossé + profondeur	
Talus + hauteur	
Heras	>H<
Nadar	>N<

LEGENDE	SYMBOLE		
Poteau électrique			
Gros ballot	GB		
Pneus	PN		
Protection	P		
Fil barbelé / Clôture			
Haie / Buisson	XXXXXXXXXX		
Rivière / Eau			
Arbre			
Caniveau			
Route d'évacuation	+++++		
Déviaton	DEV		
<i>Zone 10 mètres (panneaux simples)</i>			
			
<i>Zone 10 mètres (panneau double)</i>			
			
LEGENDE	Autres symboles		

LICENCES D'HOMOLOGATION

Rallye – Rallye-Sprint

1. Fiche signalétique de l'épreuve

- Nom du Club organisateur :
- Nom de l'épreuve :
- Discipline :
- Date de l'épreuve :
- Implantation du quartier général :

2. Renseignements généraux pour le Road-Book de Sécurité

- Longueur totale du parcours :
- Longueur totale des ES :
- Nombre de Boucles :
- Nombre d'Etapes Spéciales :
- * ES 1 : longueur = - Nombre de postes =
- * ES 2 : longueur = - Nombre de postes =
- * ES 3 : longueur = - Nombre de postes =
- * ES 4 : longueur = - Nombre de postes =
- * ES 5 : longueur = - Nombre de postes =
- * ES 6 : longueur = - Nombre de postes =
- Nombre de médecins :
- Nombre d'ambulances :
- Nombre de dépanneuses :
- Nombre de véhicules d'intervention :
- NB : ce road-book de sécurité contient : pages.

3. Renseignements particuliers pour la Commission "Sécurité Homologation"

- Nom du représentant de l'organisation :
- Nom de l'Inspecteur Sécurité homologation : Lic. :
- Nom de l'adjoint à l'IS homologation : Lic. :
- Date de la prévention :
- Date de délivrance, de la licence d'homologation :
- Nombre de document P :

Pour les épreuves organisées hors province ou en partie hors province, sous réserve de recevoir l'autorisation de la CSAP concernée.

Autorisation déjà reçue : oui / non

Date :

Licence n° :

Signature :

LICENCE D ' HOMOLOGATION

Course de Côte - Sprint

1. Fiche signalétique de l'épreuve

- . Nom du Club organisateur :
- . Nom de l'épreuve :
- . Date de l'épreuve :
- . Implantation de la permanence :

2. Renseignements sur le parcours

- . Longueur du parcours (minimum 1200m) :
- . Largeur de la piste (minimum 3.5m) :
- . Situation de la ligne de départ :
- . Situation de la ligne d'arrivée :
- . Longueur de la zone de décélération :
- . Revêtement :
- . Postes de sécurité (nombre) :
- . Zones interdites au public :
- . Routes à barrer :
- . Riverains (nombre de maisons) :
- . Contrôle technique (situation) :
- . Secrétariat (situation) :
- . Parc des coureurs (endroit) :
- . Autres parcs (facultatifs) :
- . Hôpital (localisation) :

3. Renseignements particuliers pour la commission « Sécurité-Homologation »

- a. Nom du représentant de l'organisation :
- b. Nom de l'inspecteur sécurité homologation :
- c. Nom de l'adjoint à l'IS homologation :
- d. Date de la prévention :
- e. Date de la délivrance de la licence d'homologation :
- f. Nombre de document P :

❖ **Le parcours est-il accessible aux véhicules ouverts - OUI / NON**

Pour les épreuves organisées hors province ou en partie hors province, sous réserve de recevoir l'autorisation de la CSAP concernée.

Autorisation déjà reçue : oui / non

Date :

Licence n° :

Signature :

LICENCE D'HOMOLOGATION Slalom

1. Fiche signalétique de l'épreuve

- Nom du Club organisateur :
- Nom de l'épreuve :
- Date de l'épreuve :
- Implantation du Quartier Général :

2. Renseignements sur le parcours

- Longueur du parcours :
- Nombre de portes :
- Situation de ligne de départ :
- Situation de la ligne d'arrivée :
- Respect des distances (4/8/50 m.) :
- Longueur de la zone de décélération :
- Revêtement :
- Postes de commissaires aux portes (nombre) :
- Zones interdites au public :
- Routes à barrer :

3. Travaux ou aménagements INDISPENSABLES à réaliser avant l'épreuve

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POUR RAPPEL : les documents suivants devront être joints à cette licence :

- Un plan général du parcours sur lequel seront repris les postes faisant l'objet d'un plan de sécurité détaillé ;
- Le document " B" pour chaque poste de sécurité.

4. Renseignements particuliers pour la Commission "Sécurité-Homologation"

- Nom du représentant de l'organisation :
- Nom du Commissaire Sportif :
- Nom de l'observateur : Licence n° :

Date :

Licence n° :

Signature :

LICENCE D'HOMOLOGATION

Parcours : PERMANENT

Karting

1. Fiche signalétique de l'épreuve

- Nom du Club organisateur :
- Nom de l'épreuve :
- Date de l'épreuve :
- Implantation de la Permanence :

2. Renseignements sur le circuit

- Longueur du circuit :
- Largeur maximum de la piste :
- Largeur minimum de la piste :
- Situation de la ligne de départ :
- Situation de la ligne d'arrivée :
- Revêtement :

- Nombre de véhicules admis :
- Catégories acceptées :

- Postes de sécurité (minimum) :
- Zones interdites au public :

- Nombre de médecins :
- Nombre d'ambulances :
- Nombre de safety-cars :
- Nombre d'extincteurs :
- Contrôle technique (situation) :
- Secrétariat (situation) :
- Parc des coureurs ou Paddocks :
- Parc fermé d'arrivée (situation) :
- Hôpital (localisation) :

6. Protection pour le public

- Grillage métallique fixe :
- Grillage métallique de type "Héras" :
- Grillage en plastique (Griltex) :
- Pneus ficelés (type) :..... Hauteur :
- Barrières de type Nadar : Distance piste :
- Ballots de paille (type) : Hauteur :
- Talus : Hauteur :
- Autres protections :
- Zones interdites au public (sur le plan) :
- Zones autorisées au public (sur le plan) :

7. Obstacles à protéger

- Habitations : Distance de la piste :
- Autres bâtiments :..... Distance de la piste :
- Arbres – poteaux : Distance de la piste :
- Murs-rochers : Distance de la piste :
- Ravins – ponts :..... Distance de la piste :
- Autres : Distance de la piste :

8. Aménagement du circuit (à indiquer sur le plan)

STANDS

- Nombre total :
- Nombre de couverts :
- Nombre de non-couverts :

COULOIR DES STANDS

- Longueur totale :
- Largeur totale :
- Largeur de la voie de travail :
- Largeur de la voie de passage :
- Largeur de la voie de décélération ou d'accélération :

PADDOCKS

- Superficie totale en m2
- Type de surface :
- Accès :
- Sortie :
- Protection Incendie :
- Electricité :
- Eclairage :
- Eau :
- Toilettes :

CONTRÔLE TECHNIQUE

- Situation (indiquer sur plan) :
- Superficie totale en m2
- Equipement :

ZONE DE PESAGE

- Situation (indiquer sur plan) :
- Superficie totale en m2
- Equipement :

PARC FERME

- Situation (indiquer sur plan)
- Superficie totale en m2
- Dimensions :

9. Infrastructure

DIRECTION DE COURSE

- Situation (indiquer sur plan) :
- Caravane, en dur, container :
- Radio :
- Téléphone :
- Fax :
- Briefing (endroit) :

CHRONOMETRAGE

- Situation (indiquer sur plan) :

BUREAUX DIVERS (indiquer sur plan)

- Secrétariat :
- Sécurité :
- Médical :
- Commission Sportive :
- Commission Technique :
- Commissaires de Stands :
- Commissaires de Piste :
- Welcome :

10. Postes de Commissaires de Pistes

POSTES DE SURVEILLANCE

- Nombre total :
- Postes couverts (nombre) :
- Postes à découvert (nombre) :
- Postes protégés (nombre) :
- Postes à protéger (nombre) :
- Emplacements :
- Visibilité :
- Distance maxi entre 2 postes :
- Distance mini entre 2 postes :
- Equipement :
- Communications :
- Numérotage :
- Nombre de personnes :

PANNEAUX INDICATEURS DE DISTANCES

- Dimensions :
- Couleurs :
- Matériel utilisé :

EPREUVES DE NUIT

- Installations prévues :

11. Service de Secours

POSTE DE DIRECTION

- Nom du responsable :
- Emplacement de la Direction :

SAFETY CAR(S)

- Nombre :
- Emplacement(s) :
- Equipement :

VEHICULES D'INTERVENTION RAPIDE

- Fonction médicale
 - Nombre :
 - Emplacements :
 - Equipement :

SERVICE DE LUTTE CONTRE L'INCENDIE
PISTE

- Postes de surveillance
 - Nombre :
 - Emplacements :
 - Equipements :
 - Personnel :
- Extincteurs
 - Nombre :
 - Emplacements :
 - Produit (composition) :

STANDS (de ravitaillement)

- Extincteurs portatifs
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Produit (composition) :

- Autres équipements d'extinction
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Produit (composition) :

PADDOCKS

- Extincteurs portatifs
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Produit (composition) :

- Autres équipements d'extinction
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Produit (composition) :

SERVICES MEDICAUX

- Direction médicale
 - Nom du médecin Chef :
 - N° d'INAMI :
 - Emplacements :
 - Equipements :
- Véhicules d'Intervention rapide
 - Personnel :
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Equipement :
- Equipes d'extraction
 - Personnel :
 - Emplacements :
 - Nombre :
 - Equipement :
- Postes d'observation
 - Médecins :
 - Paramédicaux :
 - Si oui, emplacements :
- Centre médical
 - Situation :
 - Bâtiment :
 - Structure provisoire :
 - Surface totale en m² :
 - Approvisionnement en eau :
 - Personnel :
 - Equipement :

- Ambulances
 - Normalisées (nombre) :
 - REA (nombre) :
 - Equipement :
 - Personnel :

- Autres moyens d'évacuation
- Nombre :
 - Emplacements :
 - Equipement :
 - Personnel :

SERVICE D'EVACUATION DES VEHICULES

- Moyens
 - Nombre :
 - Emplacements :
 - Equipement :

AUTRES SERVICES

- Réparation des glissières
 - Nombre :
 - Emplacements :
- Contrôle des spectateurs
 - OUI/NON
 - Si oui, nombre :

12. GENERALITES

Le cahier des charges (document G) été complété par :

Monsieur :

En qualité de :

En date du :

Signature de l'Inspecteur : Lic. :

Signature du responsable :

LICENCE D'HOMOLOGATION Auto-Cross & Kart-Cross

1. Fiche signalétique de l'épreuve

Nom du Club organisateur :

Nom de l'épreuve :

Date de l'épreuve :

Implantation de la Permanence :

2. Renseignements sur le circuit

Longueur du circuit :

Largeur maximum de la piste :

Largeur minimum de la piste :

Situation de la ligne de départ :

Situation de la ligne d'arrivée :

Nombre de véhicules admis :

Catégories acceptées :

.....
.....

Nombre de poste de sécurité :

Nombre de médecins :

Nombre d'ambulances :

Nombre de dépanneuses :

Nombre de véhicules d'intervention :

Nombre d'extincteurs :

3. Renseignements pour la Commission "Sécurité - Homologation"

Nom du représentant de l'organisation :

Nom de l'inspecteur sécurité :Lic.:

Date de délivrance de la licence d'homologation :

Signature :

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 :

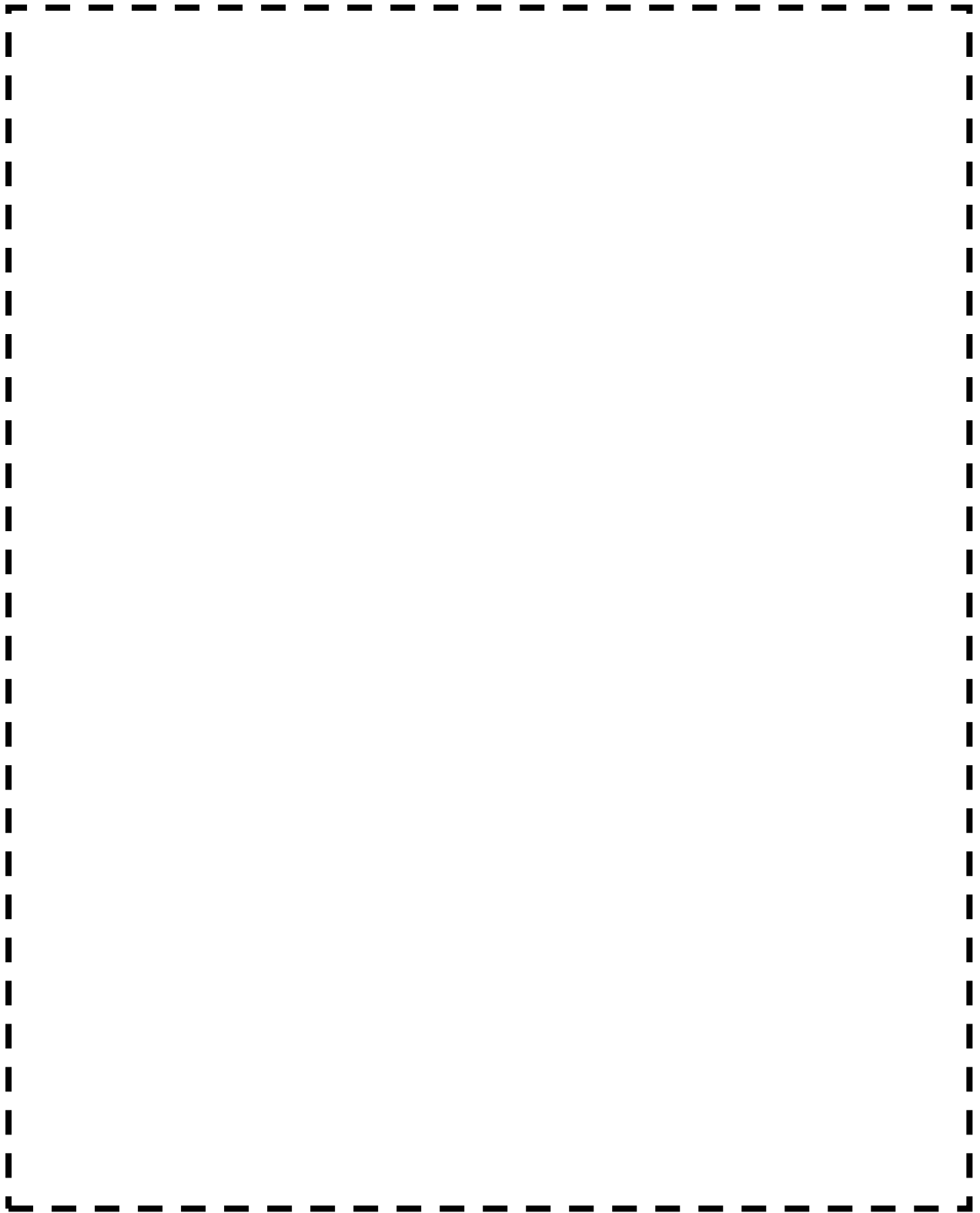
DECLARATION D'ACCIDENT A COMPLETER PAR LE(S) COMMISSAIRE(S) DE SECURITE

EPREUVE :	DATE :
ES N° :	BOUCLE N° : POSTE N° :

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

<u>RESPONSABLE DE L'E.C.</u>	<u>VICTIME</u>	<u>ORGANISATION</u>
(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 :	..... Licence n° :
Adresse :	..... .....
	Signature :
Nom du copilote :	..... Licence n° :
Adresse :	..... .....
	Signature :

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

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

A COMPLETER PAR L'ORGANISATEUR

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

Note de frais

NOM : PRENOM : N° Licence :
 Rue : C.P. : LOCALITE :

Date	<u>Nom de l'épreuve</u>	Kilomètres parcourus	Total à 0,30€/km	Plafonné à	Frais administratifs (Maximum 5€)
Soit un total de					

Certifié sincère et véritable le .../.../..... Signature du prestataire :	Nombre d'annexes :
--	--------------------

Pour réception de euros. Signature :

Remarque : Une note de frais doit être établie par prestataire

RAPPORT D'INSPECTION
(Avant le départ de l'épreuve)

NOM DE L'ÉPREUVE :	DATE :
---------------------------------	---------------------

Le(s) soussigné(s) , membre(s) de la Commission SECURITE & HOMOLOGATION certifie(nt) par la présente que le parcours : * est - * n'est pas conforme aux plans de sécurité établis par l'Organisateur (* barrer l'un ou l'autre).

Ce parcours a été inspecté en présence du responsable de la sécurité de l'épreuve et d'un Commissaire Sportif. L'inspection s'est effectuée aux heures précises reprises ci-dessous.

PARCOURS	Inspection commencée àH.....	et terminée àH.....
-----------------	------------------------	-------------	---------------	-------------

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à :, le Remis au CCS àH.....

Signature du CS chargé de l'inspection

Signature du Directeur de Sécurité requise ou à défaut, celle du Directeur de Course

Signature de l'Inspecteur
Sécurité-Homologation

COMMISSION "SECURITE – HOMOLOGATION" RAPPORT

Nom de l'épreuve :	.....
Discipline :	.....
Lieu :	.....
Date :	.....
Club organisateur :	.....
Directeur de Course :	.....
Directeur de Sécurité :	.....
Adjoint au directeur de Sécurité :	.....

Inspecteur Sécurité :	.....
Stagiaire :	.....

1. ASPECT ADMINISTRATIF

- A. Chef de file des CS, n° Lic. :
- B. CS vérificateur du parcours :
- C. En slalom : Observateur vérificateur du parcours :
- D. Date de la demande d'homologation :
- E. Date de l'homologation du parcours :
- F. Date de la délivrance de la licence d'homologation :
- G. Réception du règlement de l'épreuve : oui / non

2. ASPECT PREVENTIF

Road-Book de sécurité

(Conformité avec l'Art. 1 du Chapitre II des prescriptions sportives).

- Conformité des plans : oui / non
- Mise à jour des plans : oui / non

3. ASPECT ACTIF

- L'aménagement des zones de sécurité prévue au plan de sécurité est respecté par :
 - L'organisateur : oui / non
 - Les Commissaires : oui / non
- Prises en considération des remarques faites à l'occasion de la vérification du parcours : oui / non
- Nombre de "document M" établis :
- Médecin coordinateur : oui / non
- Médecin au départ : oui / non
- Infirmier accompagnant le médecin : oui / non
- Nombre suffisant d'ambulances : oui / non
- Véhicule d'intervention rapide : oui / non
- Véhicule de dépannage adéquat à la discipline : oui / non
- Véhicule mis à la disposition avec du matériel : oui / non
- Véhicule mis à la disposition de l'IS et le CS : oui / non
- Liaison radio entre l'IS, le CS et la direction de course : oui / non

4. ASPECT RELATIONNEL

- Relation entre l'(es) Inspecteur(s) Sécurité et le(s) Commissaires Sportifs :
Très bonne - Bonne – normale

Autres :

- Relation entre l'(es) Inspecteur(s) Sécurité, la Direction de Course et la Direction de sécurité :

Très bonne – Bonne – normale

Autres :

5. APPRECIATION PERSONNELLE

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

Bienvenue aux propositions et/ou aux idées constructives

**MODIFICATION D'EMPLACEMENT/ADJONCTION
DE POSTE DE COMMISSAIRE DE SECURITE
A COMPLETER PAR LE(S) OFFICIEL(S)**

EPREUVE : DATE :

ES 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'ES
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 contresigné 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'ES, **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**

Matériel médical minimal article 1^{er} de la loi du 8/07/1964

(Norme européenne NBN EN 1789+A2, type B – C) – 1^{er} juillet 2016

Liste du matériel imposé en annexe.

CONTROLE AU PC : **OU** sur ES N° :

EPREUVE : DATE :

ASBL ORGANISATRICE : *

EPREUVE PLACEE SOUS L'EGIDE DE : Association Sportive Automobile Francophone – ASAF asbl

**A compléter par l'organisateur*

Personnel de l'ambulance (nom, prénom)	Qualifications + N° Badge (2 AMU, au minimum)	AMBULANCE
.....	Société :
.....	Numéro de plaque ou numéro d'ambulance :
.....	

AVIS DU MEDECIN :

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

Contrôlée par le Docteur : INAMI :

Signature :

Je soussigné,,

- médecin coordinateur *
- médecin en poste sur le parcours chronométré*

affirme, en outre, être en possession d'une "valise de premier secours".

Signature :

EQUIPEMENT DE RELEVAGE ET DE MANIPULATION		BANDAGES	
<input type="checkbox"/> Brancard	1	<input type="checkbox"/> Compresses stériles 7,5 x 7,5 cm	10
<input type="checkbox"/> Support brancard	1	<input type="checkbox"/> Pansement absorbant 20 x 10 cm	5
<input type="checkbox"/> Portoir de type cuiller (scoop)	1	Bandages élastiques	
<input type="checkbox"/> Spineboard et Headblocks	1	<input type="checkbox"/> 7 cm	5
<input type="checkbox"/> Matelas à dépression	1	<input type="checkbox"/> 10 cm	5
<input type="checkbox"/> Dispositif de transport d'un patient en position assise	1	<input type="checkbox"/> 15 cm	5
<input type="checkbox"/> Drap portoir ou matelas de transfert	1	<input type="checkbox"/> Sparadrap (rouleau large)	2
EQUIPEMENT D'IMMOBILISATION		<input type="checkbox"/> Pansement triangulaire ou écharpe d'immobilisation	2
<input type="checkbox"/> Dispositif d'immobilisation pour les fractures	1	<input type="checkbox"/> Champs stériles 90 x 75 cm	4
Dispositifs d'immobilisation du rachis cervical		<input type="checkbox"/> Gants stériles 6,5 - 7,5 - 8,5 (2 paires)	8
<input type="checkbox"/> Adulte	2	<input type="checkbox"/> Isobétadine dermique - unidose	5
<input type="checkbox"/> Enfant	2	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine - unidose	5
<input type="checkbox"/> Dispositif d'immob. en extension de la partie haute du rachis : plan dur court ou dispositif d'extraction	1	<input type="checkbox"/> Ciseaux à pansement	1
EQUIPEMENT DE VENTILATION/RESPIRATION		<input type="checkbox"/> Matériel pour le traitement des brûlures (therm. & chim.) Lot complet de différentes tailles	1
<input type="checkbox"/> Bouteille d'oxygène fixe min. 2000 litres	2	<input type="checkbox"/> Eau potable (bouteille d'un litre)	2
<input type="checkbox"/> Bouteille d'oxygène portable min. 400 litres	2	<input type="checkbox"/> Set d'accouchement d'urgence	1
<input type="checkbox"/> Raccord rapide	2	<input type="checkbox"/> Couverture isothermique	4
<input type="checkbox"/> Insufflateur manuel avec apport d'O ₂ et réservoir d'O ₂		EPP (pour chaque membre de l'équipe)	
<input type="checkbox"/> Adulte	1	<input type="checkbox"/> Vêtement de protection de base	1
<input type="checkbox"/> Enfant	1	<input type="checkbox"/> Kit de protection des risques infectieux	1
<input type="checkbox"/> Nouveau né	1	<input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité	1
Masque pour insufflateur		<input type="checkbox"/> Gants de sécurité pour débris (par paire)	1
<input type="checkbox"/> Adulte (2 tailles)	1	<input type="checkbox"/> Casque e sécurité muni d'une visière et d'une lampe	1
<input type="checkbox"/> Enfant (2 tailles)	1	MATÉRIEL DE SAUVETAGE ET DE PROTECTION	
<input type="checkbox"/> Nouveau né (2 tailles)	1	<input type="checkbox"/> Détecteur CO	1
<input type="checkbox"/> Tube de Mayo ou canule de Guedel	1	<input type="checkbox"/> Ciseaux professionnels de découpage des vêtements	1
Masque à oxygène à haute concentration		<input type="checkbox"/> Outils de sauvetage léger (pelle, corde, pied de biche...)	1
<input type="checkbox"/> Adulte	2	<input type="checkbox"/> Lampe de pré-signalisation	1
<input type="checkbox"/> Enfant	2	<input type="checkbox"/> Extincteur (6Kg minimum)	1
Lunettes à oxygène		COMMUNICATION	
<input type="checkbox"/> Adulte	2	<input type="checkbox"/> Emetteur-récepteur mobile	1
<input type="checkbox"/> Enfant	2	<input type="checkbox"/> Emetteur-récepteur portable	1
<input type="checkbox"/> Dispositif portable d'aspiration non-manuelle	1	DIVERS	
Sonde d'aspiration		<input type="checkbox"/> Cartes routières détaillées de la région	1
<input type="checkbox"/> 8 CH	3	<input type="checkbox"/> Fiches avec code de danger / étiquettes de danger	1
<input type="checkbox"/> 12 CH	3	Disques de triage préliminaires	
<input type="checkbox"/> 14 CH	3	<input type="checkbox"/> rouge	5
Pince de Magill		<input type="checkbox"/> jaune	5
<input type="checkbox"/> Adulte	1	<input type="checkbox"/> Marqueur indélébile	1
<input type="checkbox"/> Enfant	1	<input type="checkbox"/> Fiches d'actions et schéma communic. en cas de PIM	1
EQUIPEMENT DE DIAGNOSTIC		<input type="checkbox"/> Formulaires d'enregistrement (carnet)	1
Appareil à tension manuel avec		MATÉRIEL FACULTATIF	
<input type="checkbox"/> brassard pour personne obèse (XL)	1	EQUIPEMENT D'IMMOBILISATION	
<input type="checkbox"/> brassard pour adulte (M ou L)	1	<input type="checkbox"/> Dispositifs d'immobilisation enfants/nouveau-né	
<input type="checkbox"/> brassard pour enfant (XS)	1	EQUIPEMENT DE VENTILATION/RESPIRATION	
<input type="checkbox"/> Pulsoxymètre	1	<input type="checkbox"/> Sonde d'aspiration rigide	
<input type="checkbox"/> Stéthoscope	1	<input type="checkbox"/> Masques à oxygène (adulte et enfant)	
<input type="checkbox"/> Thermomètre - échelle minimale 28-42° C	1	<input type="checkbox"/> Maques aérosol (adulte et enfant)	
<input type="checkbox"/> Lampe diagnostique	1	EQUIPEMENT DE REANIMATION	
<input type="checkbox"/> Glucomètre et tiges	1	<input type="checkbox"/> Mat. d'intubation avec laryngoscope et lames diverses	
EQUIPEMENT ET MATÉRIEL DE PERFUSION		<input type="checkbox"/> Mandrins	
<input type="checkbox"/> Sérum physiologique 500 ml	4	<input type="checkbox"/> Sondes d'intubation (tailles différentes)	
<input type="checkbox"/> Trousse à perfusion	2	<input type="checkbox"/> Clamps et seringue pour ballonnet	
<input type="checkbox"/> Cathéters - Tailles 16 - 18 - 20 - 22 (2 fois)	8	<input type="checkbox"/> Dispositifs de fixation pour sonde	
<input type="checkbox"/> Garrot	1	MATÉRIEL D'HYGIENE	
EQUIPEMENT DE REANIMATION		<input type="checkbox"/> Panne	
<input type="checkbox"/> Défibrillateur automatique avec enregistrement ECG et données du patient	1	<input type="checkbox"/> Urinal	
Electrodes		MATÉRIEL DE SAUVETAGE ET DE PROTECTION	
<input type="checkbox"/> Adulte	1	<input type="checkbox"/> Coupe ceinture de sécurité	
<input type="checkbox"/> Enfant	1	<input type="checkbox"/> Protège air-bag	
MATÉRIEL D'HYGIENE		MÉDICAMENTS	
<input type="checkbox"/> Couverture	2	<i>sous la responsabilité du médecin et avec avis motivé de celui-ci</i>	
<input type="checkbox"/> Draps	2	<input type="checkbox"/> Comprimé ou spray nitrate 5mg	
<input type="checkbox"/> Oreiller	2	<input type="checkbox"/> Ampoule atropine 0,5mg	
<input type="checkbox"/> Taie	2	<input type="checkbox"/> Ampoule adrénaline/épinéphrine 1mg	
<input type="checkbox"/> Matériel de nettoyage et de désinfection	1	<input type="checkbox"/> Ampoule diazepam 10mg	
<input type="checkbox"/> Gel hydro-alcoolique désinfectant pour les mains	1	<input type="checkbox"/> Ampoule glucose 5g	
<input type="checkbox"/> Gants non-stériles usage unique boîte de 100 p. (S-M-L)	3	<input type="checkbox"/> Ampoule furosémide	
<input type="checkbox"/> Bassin réiforme	5	<input type="checkbox"/> Seringues (5cc, 10cc)	
<input type="checkbox"/> Sac vomitoire	5	<input type="checkbox"/> Aiguilles (puiseuses, intramusculaires)	
<input type="checkbox"/> Poubelle	1	MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE	
<input type="checkbox"/> Container pour objets tranchants et aiguilles usagées	1	<i>Soumis à l'avis préalable de la CoAMU</i>	
<input type="checkbox"/> Sac adapté pour matériel contaminé	1		
<input type="checkbox"/> Langes adultes	3		

FEUILLE DE DECLARATION D'INTERVENTION *

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM DE L'EPREUVE : DATE :

ES 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 Copilote 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 àh.....

Evacué par :

- ambulance médicalisée ambulance normalisée

SMUR extérieur **: Docteur :

Médecin Coordinateur prévenu du lieu d'évacuation àh.....

Signature du responsable de l'ES

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 l'accidenté refuse la visite médicale, il est tenu de 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 "Assurances LADURON-MORSA", 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'ES et, ensuite, à renvoyer 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
R**

Intervention médicale

Epreuve de : Spéciale N° : Boucle N° : Poste N° : Le :

Nom et prénom du blessé : N° :

Blessé : Pilote / co-pilote / spectateur / riverain / steward / commissaire / autre :

Si pilote, copilote, steward, commissaire ou officiel => N° de licence :

Heures : de l'accident : de départ : sur place :

Type d'accident :

.....

Etat de la voiture :

Visu : Conscient Inconscient Casqué Pas casqué Signe une décharge : OUI/NON

**I
n
f
i
r
m
i
e
r

+
M
é
d
e
c
i
n**

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

Transfert : OUI / NON vers : àh.....

- Evacué : par le Médecin : **OUI / NON** - Par un SMUR extérieur : **OUI / NON**

- Capabilité : Apte inapte à contrôler

**M
é
d
e
c
i
n**

Accident grave : **OUI / NON**

Gravité : **U 1 - U 2 - U 3**

Diagnostic - Traitement :

Signature du médecin de l'intervention :