

**Sécurité – homologation**

**Dossier 2019**

EPREUVE :

Date :

**COMPOSITION DU DOSSIER ORGANISATEUR**

**A - B - C - D - E - F - G - H - I - J - K - L - M - N - O - Q - R**

* **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**
* **DOCUMENT R : Rapport du Médecin Coordonnateur après contrôles et vérifications d’usage.**

**Document A**

# 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 |
| GREUSE | DANIEL | AVENUE DU CONDOR 25/12, 1080 MOLENBEEK ST JEAN | dgreuse@gmail.com | T.02/5233881 | 0477/689857 |
| 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 |
| MENU | BERNARD | RUE EMILE VANDERVELDE 110, 5190 HAM/SUR/SAMBRE | bernard.menu@hotmail.com | F.071/788994 | 0495/783393 |
| PUISSANT | JEAN-CLAUDE | RUE DU CHESSELET38, 5060 TAMINES | puissant.jcl@gmail.com |   | 0479/844971 |
| SEVRIN | LAMBERT | CHAUSSEE 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*** |
| GERARD | JEAN-MARIE | CLOS DE L'HERMITAGE 2A4, 5590 CINEY | jean\_marie50@hotmail.com |  | 0468/38.54.04 |
| JAUNIAUX | SYLVAIN | RUE DES HAIES 7, 7063 NEUFVILLES | Jauniaux.sylvain@gmail.com |  | 0477/42.63.63 |
| LEJEUNE | GUY | RUE DE LA GARE 27, 6810 IZEL |  |  | 0473/25 04 55 |

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).

 **Document B**

**PLANCHE "TYPE" POUR LES PLANS DE SECURITE**

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

**Document C**

|  |
| --- |
| SYMBOLES**SÉCURITÉ - HOMOLOGATION** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEGENDE** | **SYMBOLE ou REPRESENTATION** |  | **LEGENDE** | **SYMBOLE ou REPRESENTATION** |
| Poste de sécurité  | Poste de sécurité |  | Gros ballot, Big-Bag | Gros ballot |
| Extincteur | Extincteur  |  | Pneus | Pneus |
| Responsable d'E.S. | **R. ES** |  | Protection/Petit ballot | Protection |
| Véhicule d’intervention | Véhicule d'intervention |  | Déviation  | Déviation |
| Ambulance  | Ambulance |  | Poteau électrique |  |
| Médecin | **MED.** |  | Fil barbelé / Clôture | Fil barbelé - clôture |
| Dépanneur | Dépanneur |  | Haie / Buisson | Haie - Buisson |
| Poste de soins  |  |  | Rivière / Eau | Rivière - Eau |
| Buvette / Snack **\*** | Buvette-Snack |  | Arbre | Arbre |
| Construction **\*** | **CONST.** |  | Caniveau | Caniveau |
| Zone interdite délimitée/matérialisée + **dimensions \*** | **ZONE** |  | Route d’évacuation | Route d'évacuation |
| Ruban balise("Rubalise") | Ruban balise |  | Zone 10 mètres Simple (à orienter) |   |
| Sens de la course | Indicateur direction |  | Zone 10 mètres Double (Recto-Verso) |  |
| Fossé + **profondeur\***(ligne épaisse = bord de route) | **P: ?M****P: ?M****P: ?M** |  | Cônes |   |
| Talus + **hauteur \***(ligne fine = faite du talus)  |  |  | Zone de Prévention captage d'eaux +Fin de Zone | ZoCapEau.JPG FinZoCapEau.JPG |
| Heras | Heras |  | Si utile :  |  |
| Route en montée 🡪 |  |
| Route en descente 🡪 |  |
| Route horizontale 🡪 |  |
| \* à situer de manière précise, en adaptant le dessin à la configuration réelle |

\* à

**Document D**

**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.
1. ***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 :

**Document E**

**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 :

1. ***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) :

1. ***Renseignements particuliers pour la commission « Sécurité-Homologation »***
2. Nom du représentant de l’organisation :
3. Nom de l’inspecteur sécurité homologation :
4. Nom de l’adjoint à l’IS homologation :
5. Date de la prévention :
6. Date de la délivrance de la licence d’homologation :
7. 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 :

**Document E/ Bis**

**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.**
1. ***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 :

**Document F**

**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) :

**Document F (suite 1)**

1. ***Modifications aux renseignements fournis par l'organisation***

1. ***Travaux ou aménagements INDISPENSABLES à réaliser avant* l'épreuve**

1. ***Renseignements particuliers pour l'Inspecteur Sécurité :***

Nom du représentant de l’organisation :

Nom de l’Inspecteur Sécurité :

Date de délivrance, de la licence d’homologation :

VALIDITE DE LA LICENCE D'HOMOLOGATION : **……………………………**

**Avis de l'Inspecteur Sécurité quant à la conformité**

**des données renseignées sur le(s) plan(s) de sécurité** :

**Document F (suite 2)**

1. ***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) :
1. ***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 :

1. ***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 :

**Document F (suite 3)**

**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 :
1. ***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 :

**Document F (suite 4)**

1. ***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 :
1. ***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) :

**Document F (suite 5)**

**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 :

 **Document F (suite 6)**

* 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 : …………………….

**Document F/Bis**

**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 :

1. ***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 :

1. ***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 :

**Document G**

###### 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 :
	+ Largueur maximum de la piste :
	+ Largeur minimum de la piste :
	+ Revêtement de la piste :
	+ Nombre de véhicules admis :
	+ Catégories acceptées :

1. **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 :

**Document H**

**DECLARATION D'ACCIDENT**

**A compléter par le(s) Commissaire(s) DE SéCURITé**

EPREUVE : DATE :

ES N° : ………………… BOUCLE N° : …………………. POSTE : …………………

|  |  |
| --- | --- |
| SITUATIONLocalité : Rue :  Survenu le : vers……heures | CIRCONSTANCES(Narration succincte de l’événement ayant causé le sinistre)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| AUTEUR DE L’ACCIDENT OU DU SINISTREMarque du véhicule : Numéro : **Identité du conducteur**:Nom, prénom : Adresse :  Téléphone :  | PREJUDICIE/VICTIMENom : ……………………………………………Prénom : ……………………………………….Adresse : …………………………………………….………………………………………………Téléphone : ……………………………………E-mail : ………………………………………. Rencontré sur place : OUI - NONFait partie de l’organisation : OUI - NONSi oui, fonction : …………………………………………………… |
| DESCRIPTION DU SINISTREMentionner ci-dessous tout élément de nature à faciliter la localisation et l’ampleur du sinistre(Véhicule, immeuble, etc.)………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………. | **CROQUIS**  **Dessiner au verso de cette feuille,** la situation (approximative) de l’événement |
| **RENSEIGNEMENTS DIVERS**Le préjudice a-t-il donné lieu à une première évaluation du montant ?  oui / nonSi oui, pour quel montant ? ………..€  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESPONSABLE DE l’E.C.**Nom & prénom : ………………………………….Signature : | **VICTIME**(Ou délégué ; exemple : chef d’équipe)Nom & prénom :…………………………………….Signature : | ORGANISATIONNom & prénom :…………………………………Signature : |

**Document H (suite 1)**

###### Croquis (approximatif) de la situation

**Document I**

**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 :

**Document J**

**Note de frais**

NOM : PRENOM : N° Licence :

Rue : C.P. : LOCALITE :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Nom de l'épreuve | Kilomètres parcourus | Total à0,35€/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*

**Document K.**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**Rallye type B et B/Short/HRS/HRF**

**(Avant le départ de l'épreuve)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE L’EPREUVE :**  | **DATE : ………………** |

*Le(s) soussigné(s) , membre(s) de la Commission Sécurité-Homologation certifie(nt) par la présente que :*

 *L'ES 1 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'Organisateur (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 1** | Inspection commencée à  | ……… H ……… | et terminée à | ……… H ……… |
| **Remarques :**          |

*L'ES 2 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'organisateur (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 2** | Inspection commencée à  | ……… H ………’ | et terminée à  | ……… H ………’ |
| **Remarques :**        |

**Document K (suite 1)**

*L'ES 3 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'Organisateur. (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 3** | Inspection commencée à  | ……… H ………’ | et terminée à  | ……… H ………’ |
| **Remarques :**           |

*L'ES 4 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'Organisateur. (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 4** | Inspection commencée à  | ……… H ……… | et terminée à  | ……… H ……… |
| **Remarques :**           |

Fait à : , le …………………….

Remis au CCS à …………H ……….

Signature du CS chargé de l’inspection

Signature du Directeur de Sécurité est requise, et à défaut, signature du Directeur de Course

Signature de l’Inspecteur Sécurité

**Document K (suite 2)**

*L'ES 5 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'Organisateur. (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 5** | Inspection commencée à | ……… H ……… | et terminée à  | ……… H ……… |
| **Remarques :**           |

*L'ES 6 : \* est - \* n’est pas ; conforme aux plans établis par l'Organisateur. (\* barrer l’un ou l’autre)*

*Cette étape spéciale a été inspectée 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES 6** | Inspection commencée à  | ……… H ……… | et terminée à | ……… H ……… |
| **Remarques :**           |

Fait à : , le ……………………. Remis au CCS à …………H ……….

Signature du CS chargé de l’inspection

Signature du Directeur de Sécurité est requise, et à défaut, signature du Directeur de Course

Signature de l’Inspecteur

 Sécurité

**Document K/Bis.**

**RAPPORT D'INSPECTION**

 **(Avant le départ de l'épreuve)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE L’EPREUVE :**  | **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 à  | ….………H.…… | et terminée à | …………H….…  |
| **Remarques :**                   |

Fait à : ………………………, le …………………. Remis au CCS à ……………H…………

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

**Document L.**

**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***
	1. Chef de file des CS, n° Lic. :
	2. CS vérificateur du parcours :
	3. En slalom : Observateur vérificateur du parcours :
	4. Date de la demande d'homologation :
	5. Date de l’homologation du parcours :
	6. Date de la délivrance de la licence d’homologation :
	7. Réception du règlement de l’épreuve : oui / non

**Document L. (suite 1)**

1. ***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
1. ***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
1. ***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 :

1. **APPRECIATION PERSONNELLE**

**Bienvenue aux propositions et/ou aux idées constructives**

**Document M**

**MODIFICATION D’EMPLACEMENT/ADJONCTION**

**DE POSTE DE COMMISSAIRE DE SECURITE**

**A compléter 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.

**DOCUMENT N**

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

**Matériel médical minimal article 1er de la loi du 8/07/1964**

**Suivant la Circulaire 2018/DGH—AMU/001 en vigueur à partir du 03/09/2018**

(Norme européenne NBN EN 1789+A2, type B – C) – **Modifications 2018**

**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 : …………………………………..………………………………………………………………….. |
|  \**Biffer la mention inutile* |
|   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipement de relevage et manipulation** |  |  | Bandages élastiques de 7 cm, 10 cm et 15 cm  | 5\* |
|  | Brancard avec position Trendelenbourg (Multipositionnel recommandé) | 1 |  |  | Sparadrap (rouleau large) | 2 |
|  | Portoir type cuiller (Scoop) + sangles | 1 |  |  | Pansement triangulaire ou écharpe d’immobilisation | 2 |
|  | Planche de relève et immobilisateurs de tête + sangles (évent. araignée) | 1 |  |  |  |  |
|  | Matelas à dépression avec sangles + pompe | 1 |  |  | Champs stériles 90 x 75 cm | 4 |
|  | Dispositif de transport d’un patient en position assise | 1 |  |  | Isobétadine dermique unidose | 5 |
|  | Drap portoir ou matelas de transfert | 1 |  |  | Chlorexidrine unidose | 5 |
| **Equipement d’immobilisation** |  |  | Sérum physiologique unidose | 5 |
|  | Lot complet d’attelles à dépression avec sangles + pompe  | 1 |  |  | Ciseaux à pansements | 1 |
|  | Lot de colliers cervicaux rigides et radio transparents ADULTE | 2 |  |  | Matériel de traitement des brûlures (thermique et chimique) | 1 |
|  | Lot de colliers cervicaux rigides et radio transparents ENFANT | 2 |  |  | Eau potable (bouteilles d’un litre)  | 2 |
|  | Lot complet d’immobil. en extension de la partie haute du rachis | 1 |  |  | Set d’accouchement d’urgence complet | 1 |
| **Equipement de ventilation / Respiration** |  |  | Couverture isothermique | 15 |
|  | Bouteille d’oxygène fixe minimum 2000 l. avec détendeur et débilitre + robinet de régulation d’un débit maxi de 15l./min. + raccord rapide pour la connection d’un ventilateur | 2 |  | **Equipement personnel de protection (EPP)** |
|  |  | Vêtement de protection de base | 1 |
|  |  | Kit complet de protection des risques infectieux | 1 |
|  | Bouteille d’oxygène fixe minimum 400 l. avec détendeur et débilitre + robinet de régulation d’un débit maxi de 15l./min. + raccord rapide pour la connection d’un ventilateur | 2 |  |  | Chaussures de sécurité | 1 |
|  |  | Gants de sécurité pour débris | 1 |
|  |  | Casque de sécurité muni d’une visière et d’une lampe | 1 |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. ADULTE | 1 |  | **Matériel de sauvetage et de protection** |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. ENFANT | 1 |  |  | Détecteur de CO | 1 |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. Nouveau-Né | 1 |  |  | Ciseaux professionnels pour découpage de vêtements  | 1 |
|  | Masque pour insufflateur ADULTE (2 tailles) | 1 |  |  | Outil de sauvetage léger (pelle, corde, pied-de-biche, …) | 1 |
|  | Masque pour insufflateur ENFANT (2 tailles) | 1 |  |  | Lampe de pré-signalisation | 1 |
|  | Masque pour insufflateur NOUVEAU-NE (2 tailles) | 1 |  |  | Extincteur (6 Kg minimum) | 1 |
|  | Tube de Mayo ou canule de Guedel (Kit complet de 000 à 5) | 1 |  | **Communication** |
|  | Masque à oxygène à haute concentration ADULTE | 2 |  |  | Emetteur-récepteur mobile | 1 |
|  | Masque à oxygène à haute concentration ENFANT | 2 |  |  | Emetteur-récepteur portable | 1 |
|  | Lunettes à oxygène ADULTE | 2 |  | **Divers** |
|  | Lunettes à oxygène ENFANT | 2 |  |  | Système de gestion du trafic (à jour) + prévoir un syst. alternatif | 1 |
|  | Dispositif portable d’aspiration non-manuelle + sachets à usage unique | 1 |  |  | Fiches avec codes de danger / étiquettes de danger | 1 |
|  | Sondes d’aspiration (8 CH + 12 CH + 14 CH) | 3\* |  |  | Disques de triage préliminaires rouges | 10 |
| **Equipement de diagnostic** |  |  | Disques de triage préliminaires jaunes | 10 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard XL pour personne obèse  | 1 |  |  | Disques de triage préliminaires noirs | 5 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard M ou L pour adulte | 1 |  |  | Marqueur indélébile | 1 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard XS pour enfant  | 1 |  |  | Fiches d’actions et schémas de communication en cas de PIM | 1 |
|  | Pulsoxymètre | 1 |  |  | Formulaires d’enregistrement (carnet) | 1 |
|  | Stéthoscope | 1 |  | **MATERIEL FACULTATIF** |
|  | Thermomètre – échelle minimale 28° - 42 ° C. | 1 |  | **Equipement d’immobilisation** |
|  | Lampe diagnostique + piles de rechange | 1 |  |  | Dispositif d’immobilisation pour les enfants/nouveau-né |  |
|  | Glucomètre et tigettes | 1 |  | **Equipement de ventilation / Respiration** |
| **Equipement et matériel de perfusion** |  |  | Sondes d’aspiration rigides |  |
|  | Sérum physiologique 500 Ml. | 6 |  |  | Masques à oxygène (adulte et enfant) |  |
|  | Trousse à perfusion | 4 |  |  | Masques aérosol (adulte et enfant) |  |
|  | Cathéters (16 + 18 + 20 + 22G)  | 4\* |  | **Equipement de diagnostic** |
|  | Garrot | 1 |  |  | Tensiomètre automatique |  |
| **Equipement de réanimation** |  | **Equipement de réanimation** |
|  | Défibrillateur automatique ave enreg. ECG + données du patient | 1 |  |  | Matériel d’intubation avec laryngoscope et lames diverses |  |
|  | Electrodes adulte et enfant  | 1\* |  |  | Mandrin et pince de Magill |  |
|  | Bandage trauma blessures abdominales/grande superficie | 1 |  |  | Sondes d’intubation (tailles différentes) |  |
|  | Bandage trauma multifonctionnels | 2 |  |  | Clamps et seringues pour ballonnet  |  |
|  | Tourniquet | 3 |  |  | Dispositifs de fixation pour sonde |  |
|  | **Matériel d’hygiène** |  |  | **Matériel d’hygiène** |
|  | Couverture – Draps – Oreillers et taies  | 2\* |  |  | Panne |  |
|  | Matériel de nettoyage et désinfection | 2 |  |  | Urinal |  |
|  | Gel hydroalcoolique désinfectant pour les mains | 1 |  | **Matériel de sauvetage et de protection** |
|  | Gants non stériles à usage unique-Boite de 100 pièces différentes Tailles | 1 |  |  | Coupe ceinture de sécurité |  |
|  | Bassin réniforme | 5 |  |  | Protège air-bag |  |
|  | Mouchoirs jetables (Boite de 100 pièces) | 1 |  |  | Matériel de fixation pour les patients |  |
|  | Sac vomitoire | 5 |  | **Médicaments** |
|  | Poubelle + plusieurs sacs de remplacement | 1 |  |  | Comprimé ou spray nitrate 5 mg |  |
|  | Container pour objets tranchants et aiguilles usagées | 1 |  |  | Ampoule d’atropine 0,5 mg |  |
|  | Sac adapté pour matériel contaminé | 1 |  |  | Ampoule d’adrénaline/epinifrine 1 mg |  |
|  | Langes adultes | 3 |  |  | Ampoule de diazepam 10 mg |  |
| **Bandages** |  |  | Ampoule de glucose 5 gr |  |
|  | Compresse stériles 7,5 x 7,5 cm | 10 |  |  | Ampoule de furosémide |  |
|  | Pansement absorbant 20 x 10 cm | 5 |  |  | Seringues 5 et 10 cc + aiguilles puiseuses et intramusculaires |  |

\*exemplaires de chaque taille

**Document O**

# 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 :

E-mail : GSM/Téléphone :

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’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

 **Document O - verso**

**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.

**Document P**

**En : Rallye B, Rallye B/Short, Rallye Sprint, Course de Côte, Sprint et Circuit NON PERMANENT**

**Amélioration(s) et/ou modification(s) à apporter au(x) plan(s) de sécurité :**

Epreuve dénommée :

I.S. (Nom, Prénom, N° lic.) :

I.S. adjoint (Nom, Prénom, N° lic.) :

Date :

Signature(s) :

**Document P (suite)**

Epreuve dénommée :

Signature(s) :

 **Document Q**

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@vahoo.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, 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 |  |
| RéponseVerbale  | Confuse | 4 | 4 | 4 |  |
| Incohérente | 3 | 3 | 3 |  |
|  | Incompréhension | 2 | 2 | 2 |  |
|  | Absente | 1 | 1 | 1 |  |
| M - motrice | Obéit | 6 | 6 | 6 |  |
| RéponseMotrice | 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 : à h**
* **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 - U3**

 **Diagnostic - Traitement** :

**Signature du médecin de l’intervention :**

**DOCUMENT R**

**Rapport du Médecin Coordonnateur après contrôles et vérifications d’usage.**

**NOM – PRENOM** :

**N° INAMI** :

**EPREUVE** : DATE : …… / …… / …………….

**A) - DENOMINATION DE L’EQUIPE MEDICALE** : ………………………………….……………………………

Nombre de médecins présents y compris le médecin coordonateur : ………….. suivant la liste des prestataires envoyée au **SPF Santé publique, cellule opération** :

**Entourer** le(s) cluster(s) concerné(s) : A) : Hainaut-BW-Namur B) : Liège-Lux.

**MEDECINS PRESENTS : ( NOM, Prénom, N° INAMI + inscrire P si prévu et R si remplaçant )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM, Prénom | N° INAMI | P / R |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Commentaires éventuels :

-

-

**B) - DENOMINATIONS DES SOCIETES D’AMBULANCES PRESENTES :**

Société : …………………………………………………………….……………………Nbr. Ambu : ……..

Société : …………………………………………………………….……………………Nbr. Ambu : ……..

Société : …………………………………………………………….……………………Nbr. Ambu : ……..

Nombre total d’ambulances équipées 112 : …………. Suivant la dernière norme en vigueur.

Matériel et personnel suivant les avis des médecins contrôleurs renseignés sur les documents « N »

Commentaires éventuels :

-

-

-

-

-

-

**Document à rentrer au secrétariat de l’épreuve avec les documents « N » de contrôle ambulance.**