|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Demande de poste médico-sanitaire**  **Samaritains Section de Nyon** | | | | | | | **Veuillez envoyer cette demande au moins 3 mois avant pour un petit événement et 6 mois pour une manifestation importante.** | | | | | | |
| Organisateur | |  | | | | | | | | | | | |
| Nature de la manifestation | |  | | | | | | | | | | | |
| Lieu de la manifestation | |  | | | | | | | | | | | |
| Date: |  | | | Horaire de | |  | | | | à |  | | |
| Date: |  | | | Horaire de | |  | | | | à |  | | |
| Personne de contact: | |  | | | | | | tél privé: |  | | | | |
| Rue/Lieu: | |  | | | | | | tél prof.: |  | | | | |
| E-mail: | |  | | | | | | mobile: |  | | | | |
| Adresse de facturation: | |  | | | | | | | | | | | |
| **Description de la manifestation:** | | | | | | | | | | | | | |
| Participants actifs | | Nombre de participants actif: | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | oui | non |
|  | | Les participants sont-ils physiquement fortement impliqués? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Les participants actifs sont-ils amateurs? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Leur niveau de formation/entraînement est-il plutôt bas? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | L'activité comporte-t-elle un risque spécial? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Si oui, lequel? | | |  | | | | | | | | |
|  | | Y a-t-il contact corporel (sport de combat/équipes)? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Y a-t-il risque de concentration de foule (p.ex. circuit)? | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  | |
| **Spectateurs/Visiteurs** | | Nombre de spectateurs/visiteurs | | | | | | | | | |  | |
|  | | Y a-t-il un risque de cohue/bousculade ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Faut-il s'attendre à des groupes particulièrement à risque  (personnes âgées, cardiaques, etc.) ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Faut-il s'attendre à des émotions fortes ou à des problèmes d'alcool ou de drogues ? | | | | | | | | | |  |  |
| Environnement | | La manifestation se déroule-t-elle dans un grand périmètre ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | Possibilité de facteurs spéciaux tels que chaleur excessive, manque d'oxygène, etc.? | | | | | | | | |  |  |
|  | | Description du terrain (p.ex. halle, terrain de sport, forêt) | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Les conditions atmosphériques augmentent-elles le risque ? | | | | | | | | | |  |  |
| Poste médico-sanitaire | | Local propre à disposition ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Place à disposition pour notre Unité Mobile de Soins ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Local pouvant être fermé à clé pour entreposer notre matériel la nuit ? | | | | | | | | | |  |  |
|  | | Si oui, où? | | |  | | | | | | | | |
|  | | Personne de contact pour la clé? | | |  | | | | | | | | |

**.**

**Veuillez prendre attentivement connaissance des conditions ci-dessous**

**et nous retourner cette feuille signée à :** [**poste@samaritains-nyon.ch**](mailto:poste@samaritains-nyon.ch)

**Conditions pour un poste médico-sanitaire**

1. **Tarif par secouriste :**

entre 07h00 et 22h00 : CHF 30.00 / heure

entre 22h00 et 07h00 : CHF 45.00 / heure

Ces tarifs s’entendent par samaritain. Un minimum de deux samaritains est nécessaire pour un poste.

1. **Frais administratif, frais de mise en place et petit matériel:** inclus, sauf si utilisation d’un défibrillateur (changement des patches, contrôle de l’appareil et changement des batteries).
2. **Professionnel/s de la santé, ambulance :** tarif selon le dispositif nécessaire.
3. **Unité Mobile de Soins (UMS) :** inclus dès 4h, forfait de 50.- en dessous. La décision d’utiliser l’UMS sur un poste relève du responsable DMS de la section uniquement.
4. **Location d’une tente supplémentaire** : (y.c. montage/démontage)

Grande tente 6x3m forfait de CHF 100.00 / événement

Petite tente  3x3m forfait de CHF 50.00 / événement

1. **De l’eau courante et de l’électricité 220 V** doivent être mis à disposition au poste médico-sanitaire.
2. **Ravitaillement** pour chaque samaritain :

- jusqu’à 4 heures de travail : une collation

- plus de 4 heures de travail : un repas

|  |  |
| --- | --- |
| Lu et approuvé, le |  |
| NPA et lieu |  |
| Nom et prénom |  |
| Signature |  |