

Sécurité Homologation

Dossier

2012

*!!! 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 Anick SERVAIS

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.

| | | | |
|-----------|---|----------------------|---|
| Bt | : | Jean-Louis DELABY | Chaussée d'Ottembourg, 125 à 1300 WAVRE ☎ 010/22 65 77 - ✉ licence@csapb.org |
| | | Philippe PIRAUX | Rue du Jauviat, 50 à 5530 YVOIR ☎ 081/24 77 39 - ☎ 081/24 76 83 ☎ 0475/20 11 81 - ✉ philippe.piraux@minfin.fed.be |
| | | Pierre VANDERLIN | Bruyère du Culot, 8 à 1495 VILLERS LA VILLE ☎ 071/87 99 27 - ☎ 0478/21 38 06 - ✉ pierre.vanderlin@skynet.be |
| Ht | : | Steve JAUQUET | Place Albert 1er, 53/001 à 6440 FROIDCHAPELLE ☎ 0479/73 47 94 |
| | | Eddy LIMBOURG | Rue d'Ecaussines, 88 à 7090 BRAINE-LE-COMTE ☎ 067/21 87 23 ☎ 0477/99 57 25 ✉ focus1man@hotmail.com |
| Lg | : | Lambert SEVRIN | Chaussée F. Terwagne, 178 à 4540 AMAY ☎ 085/31 46 00 - ☎ 0477/29 66 97 |
| | | Jean-Michel LUX | Rue Loneu, 48 à 4470 SAINT-GEORGES ☎ 0478/23 81 43 - ✉ scale_32@hotmail.com |
| | | Louis TIRTIAT | Chemin des Boteresses, 27 à 4900 SPA ☎ 087/77 64 25 - ☎ 0497/86 46 02 |
| Lx | : | 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 - ✉ bernard.menu@hotmail.com |
| Na | : | Herman NYSSSEN | Rue du Jauviat, 48 à 5530 YVOIR ☎ 082/61 21 55 - ☎ 0478/22 93 57 - ✉ h.nyssen@swing.be |
| | | Jean-Claude PUISSANT | Rue des Bouleaux, 3 à 5190 JEMEPPE-SUR-SAMBRE ☎ 0479/84 49 71 |
| | | | |
| | | | |

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 indiqué, 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. 2012).

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.C.</u> | |
|--------------------------|--|---|------------------------|-----------------------|
| | Jusqu'au poste suivant | <u>Longueur total E.C.</u> | <u>Poste N°</u> | <u>E.C. N°</u> |
| | | | | |
| <u>REMARQUES:</u> | | | <u>Page</u> | |

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 COMPLÉTER PAR LE(S) COMMISSAIRE(S) DE SÉCURITÉ

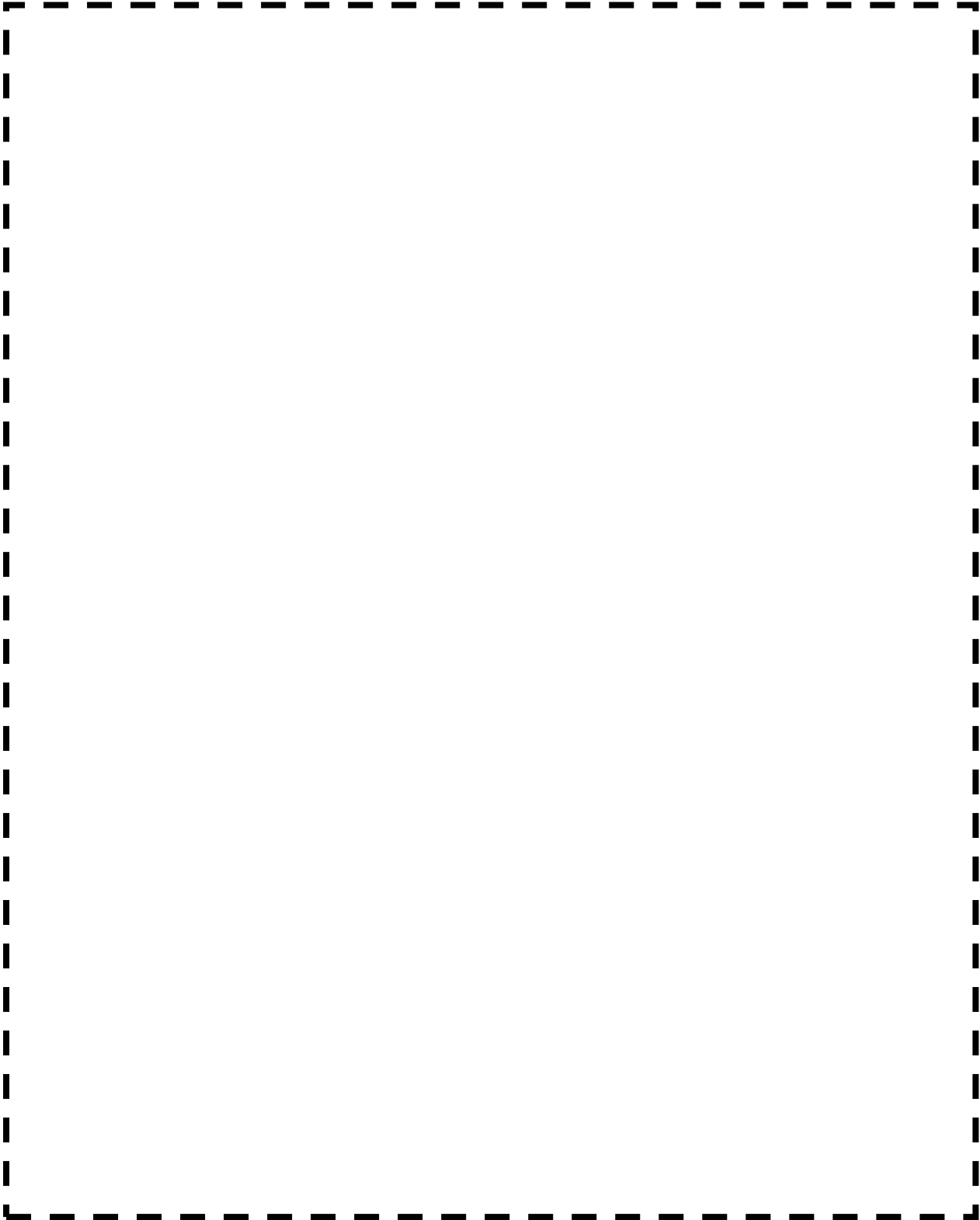
EPREUVE : DATE :

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 : Identité du conducteur : 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.) | Dessiner au verso de cette feuille la situation (approximative) de l'événement |

| RESPONSABLE DE L'E.C. | VICTIME | ORGANISATION |
|--|---|---|
| (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 :

.....
Signature :

Nom du Copilote :

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:

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

A COMPLÉTER 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)

CONTROLE AU PC : **OU** sur E.C. N° :

EPREUVE : DATE :

Personnel de l'ambulance (nom , prénom) Qualifications + N° Badge (**1 AMU au moins**)

| | |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |

MATERIEL « STANDARD » D'AMBULANCES Croix-Rouge

| | |
|--|--|
| Ambulance N° : (OU N° de plaque) : <input type="checkbox"/> Ambulance Type Normalisée <input type="checkbox"/> Ambulance Type Réa <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 (facultatif) <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 isothermiques <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) <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) <input type="checkbox"/> Compresses et bandages <input type="checkbox"/> Kit burning ou équivalent (pack ou eau) <input type="checkbox"/> sac de premiers secours <input type="checkbox"/> Défibrillateur (Réa) <input type="checkbox"/> Respirateur (Réa) (facultatif) <input type="checkbox"/> Sac « SMUR » (Réa) |
|--|--|

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 àh.....

Evacué par : ambulance médicalisée ambulance normalisée

SMUR extérieur ** : Docteur :

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

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

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. Anick SERVAIS, rue des sarrasins, 4 à 5020 CHAMPION – Fax : 081/21.55.81 - Mail :anick.servais@laposte.net**

**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**

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|
| 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
e
d
e
c
i
n**

Accident grave : OUI NON **Gravité** : U 1 U 2 U3
Diagnostic - Traitement :

Signature du médecin de l'intervention :