

**Sécurité – homologation**

**Dossier 2024**

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 roadbook de sécurité afin d'expliquer la signification de 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*** | ***Portable*** |
|
| Greuse | Daniel | Avenue Du Condor 25/12, 1080 Molenbeek St Jean | dgreuse@gmail.com | 0477/68 98 57 |
| Lejeune | Guy | Rue De La Gare 27, 6810 Izel |  | 0473/25 04 55 |
| Limbourg | Eddy | Rue D'Ecaussinnes 88, 7090 Braine-Le-Comte  | focus1man@gmail.com | 0477/99 57 25 |
| Pirotte | Cédric | Avenue De Vagney 23C, 4590 Ouffet | moyacc2@hotmail.com | 0471/62 21 16 |
| Potvin | Didier | Chaussée De Bruxelles , 337 à 7850 Petit-Enghien | stephditch@hotmail.com | 0472/67 75 22 |
| Puissant | Jean-Claude | Rue Du Chesselet38, 5060 Tamines | puissant.jcl@gmail.com | 0479/84 49 71 |
| Sevrin | Lambert | Chaussee F. Terwagne 178, 4540 Amay | lambert.sevrin@skynet.be | 0477/29 66 97 |
| Vanderlin | Pierre | Bruyere Du Culot 8, 1495 Villers-La-Ville | pierre.vanderlin@skynet.be | 0478/21 38 06 |
| Walbrecq | Laurent | Rue Coquelet, 17 à 7040 Genly | laurentwalbrecq@yahoo.fr | 0478/78 21 27 |

**Coordonnées des IS stagiaires**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nom*** | ***Prénom*** | ***Adresse Courrier*** | ***Adresse Courriel*** | ***Portable*** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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~~ au NCCN.**

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**

|  |  |
| --- | --- |
| **LEGENDE** | **SYMBOLE ou REPRESENTATION** |
| Poste de sécurité  | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Poste de sécurité.jpg |
| Extincteur | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Extincteur.jpg  |
| Responsable d'E.S. | **R. ES** |
| Véhicule d’intervention | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Véhicule d'intervention.jpg |
| Ambulance  | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Ambulance.jpg |
| Médecin | **MED.** |
| Dépanneur | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Dépanneur.jpg |
| Poste de soins  |  |
| Buvette / Snack **\*** | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Buvette-Snack.jpg |
| Construction **\*** | **CONST.** |
| Zone interdite délimitée/matérialisée + **dimensions \*** | **ZONE** |
| Ruban balise("Rubalise") | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Ruban balise.jpg |
| Sens de la course | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Indicateur direction.jpg |
| Fossé + **profondeur\***(ligne épaisse = bord de route) | **P: ?M****P: ?M****P: ?M** |
| Talus + **hauteur \***(ligne fine = faite du talus)  | **H:M?****H:M?****H:M?** |
| Heras | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Heras.jpg |
| Nadar | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Nadar.jpg |

|  |  |
| --- | --- |
| **LEGENDE** | **SYMBOLE ou REPRESENTATION**  |
| Gros ballot, Big-Bag | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Gros ballot.jpg |
| Pneus | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Pneus.jpg |
| Protection/Petit ballot | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Protection.jpg |
| Déviation  | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Déviation.jpg |
| Poteau électrique |  |
| Fil barbelé / Clôture | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Fil barbelé - clôture.jpg |
| Haie / Buisson | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Haie - Buisson.jpg |
| Rivière / Eau | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Rivière - Eau.jpg |
| Arbre | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Arbre.jpg |
| Caniveau | \\IOMEGAEZ\Documents Partagés\BIBLE\BIBLE 2015\Symboles doc C\Caniveau.jpg |
| Zone 10 mètres Simple (à orienter) |   |
| Zone 10 mètres Double (Recto-Verso) |  |
| Cônes |   |
| Zone de Prévention captage d'eaux +Fin de Zone | ZoCapEau.JPG FinZoCapEau.JPG |
| Si utile : Route en montée 🡪Route en descente 🡪Route horizontale 🡪 |  |
| **WAY OUT** : Sortie directe pour les véhicules de secours (ambulance, pompier) |  |

\* à situer de manière précise, en adaptant le dessin à la configuration réelle

**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 Roadbook 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 roadbook 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 :

Présence de l'Inspecteur sécurité souhaitée la veille de l'épreuve : oui/non

Date : Licence n° : Signature :

**La validité de la licence expire 6 mois après la date de l'homologation du parcours,**

**soit le …./…../.**

**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**

Présence de l'Inspecteur sécurité souhaitée la veille de l'épreuve : oui/non

Date : Licence n° : Signature :

**La validité de la licence expire 6 mois après la date de l'homologation du parcours,**

**soit le …./…../.**

**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 :

**La validité de la licence expire 6 mois après la date de l'homologation du parcours,**

**soit le …./…../.**

**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 / Rally Kart-Cross (RKX)**

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 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 REMETTRE 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 en 2024**

**AMBULANCES : Matériel imposé ( Voir inventaire 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* |

**CADRE A COMPLETER PAR LES AMBULANCIERS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personnel de l’ambulance** **(nom, prénom)** | **N° Badges****(2 AMU, au minimum)** | **Qualifications****( AMU, Infirmier, …)** | **AMBULANCE** |
|  |  |  | **Société :** ……………………………………………**Numéro de plaque ou numéro d'ambulance :** …………………………………………………….  |

**ATTESTATION DU MEDECIN :**

|  |
| --- |
| **Je, soussigné,** **Docteur :** ........................................................................................ **INAMI**: ..............................................* + **médecin coordinateur \***
	+ **médecin en poste sur le parcours chronométré N°** ………..**\***

**\* Biffer la mention inutile** **ATTESTE QUE****- l’inventaire de l’ambulance répond aux obligations légales****- que les mentions concernant les ambulanciers sont exactes****- que je suis en possession d’une « valise de premier secours »** **REMARQUES DU MEDECIN** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Signature** : …………………………………..………………………………………………………………….. |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipement de relevage et manipulation** |  | **Bandages** |
|  | Brancard + sangle à trois encrages | 1 |  |  | Compresse stériles 7,5 x 7,5 cm | 10 |
|  | Portoir type cuiller (Scoop) + sangles + headblocks conformes | 1 |  |  | Pansement absorbant 20 x 10 cm | 5 |
|  | Planche de relève + sangles araignée | 1 |  |  | Bandages élastiques de 7 cm, 10 cm et 15 cm – 5 de chaque  | 5 |
|  | Dispositif de transport d’un patient en position assise | 1 |  |  | Sparadrap emballés individuellement  | 10 |
|  | Dispositif de transfert | 1 |  |  | Sparadrap en rouleau large | 1 |
| **Equipement d’immobilisation** |  |  | Chlorexidrine unidose | 5 |
|  | Dispositifs d’immobilisation pour les fractures ( Kit 3 tailles ) | 1 |  |  | Sérum physiologique et Isobétadine dermique –5 doses de chaque | 5 |
|  | Dispositif de fixation sur le brancard pour ENFANTS | 1 |  |  | Ciseaux à pansements | 1 |
|  | Matelas à dépression avec sangles + pompe  | 1 |  |  | Matériel de traitement des brûlures (thermique et chimique) | 1 |
|  | Pansement triangulaire | 2 |  |  | Eau potable (bouteilles de 250 ml)  | 4 |
| **Equipement de ventilation / Respiration** |  |  | Set d’accouchement d’urgence complet | 1 |
|  | 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 (capacité : au moins 50 % ) | 2 |  |  | Couverture isothermique | 10 |
|  | **Equipement personnel de protection (EPP)** |
|  |  | Vêtement de protection de base | 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 ( capacité : au moins 50 % ) | 2 |  |  | Kit complet de protection des risques infectieux | 3 |
|  |  | Chaussures de sécurité | 1 |
|  |  | Gants de sécurité pour débris | 1 |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. ADULTE | 1 |  |  | Casque de sécurité muni d’une visière et d’une lampe | 1 |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. ENFANT | 1 |  | **Matériel de sauvetage et de protection** |
|  | Insufflateur manuel avec apport d’oxygène + réservoir oxy. Nouveau-Né | 1 |  |  | Détecteur de CO | 1 |
|  | Masque pour insufflateur ADULTE (2 tailles) | 1 |  |  | Ciseaux professionnels pour découpage de vêtements  | 1 |
|  | Masque pour insufflateur ENFANT (2 tailles) | 1 |  |  | Outil de sauvetage léger (pelle, corde, pied-de-biche, …) | 1 |
|  | Masque pour insufflateur NOUVEAU-NE (2 tailles) | 1 |  |  | Coupe ceinture de sécurité | 1 |
|  | HEPA (High Efficacity Particulate Air) Adulte + enfant (2 de chaque) | 2 |  |  | Lampe de pré-signalisation | 1 |
|  | Tube de Mayo ou canule de Guedel (Kit complet de 4 cm à 11 cm) | 1 |  |  | Dispositif d’éclairage ( torche, spot ) | 1 |
|  | Masque à oxygène à haute concentration ADULTE | 2 |  |  | Extincteur de 6 Kg minimum | 1 |
|  | Masque à oxygène à haute concentration ENFANT | 2 |  | **Communication** |
|  | Lunettes à oxygène ADULTE | 2 |  |  | Emetteur-récepteur mobile | 1 |
|  | Lunettes à oxygène ENFANT | 2 |  |  | Emetteur-récepteur portable | 1 |
|  | Masques aérosols ADULTE | 1 |  | **Divers** |
|  | Masques aérosols ENFANT | 1 |  |  | Système de gestion du trafic (à jour) + prévoir un système 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 de chaque** | 3 |  |  | Disques de triage préliminaires rouges | 10 |
|  | Sondes d’aspiration rigide | 1 |  |  | Disques de triage préliminaires jaunes | 10 |
| **Equipement de diagnostic** |  |  | Disques de triage préliminaires noirs | 5 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard XL pour personne obèse  | 1 |  |  | Marqueur indélébile | 1 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard M ou L pour adulte | 1 |  |  | Fiches d’actions et schémas de communication en cas de PIM | 1 |
|  | Appareil à tension manuel + brassard XS pour enfant  | 1 |  |  | Matériel AMBUREG – tablette ou PC avec lecteur RFID/NFC | 1 |
|  | Pulsoxymètre avec capteur adulte et pédiatrique | 1 |  |  | Document de refus de transport | 5 |
|  | Stéthoscope | 1 |  | **MATERIEL FACULTATIF** |
|  | Thermomètre – échelle minimale 28° - 42 ° C. | 1 |  | **Equipement d’immobilisation** |
|  | Lampe diagnostique + piles de rechange | 1 |  |  | Dispositif d’immobilisation de la partie haute du rachis |  |
|  | Glucomètre et tigettes | 1 |  | **Equipement de ventilation / Respiration** |
| **Equipement et matériel de perfusion** |  |  | Masques à oxygène (adulte et enfant) - OXYMASK |  |
|  | Sérum physiologique 500 Ml. | 6 |  |  |  |  |
|  | Trousse à perfusion | 4 |  |  |  |  |
|  | Cathéters ( 14 + 16 + 18 + 20 + 22 G ) 2 de chaque  | 2 |  | **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 - 2 adultes et 1 enfant  | 3 |  |  | Mandrins 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 |  |
|  |  |  |  |  | Pansement pour plaie thoracique |  |
|  | **Matériel d’hygiène** |  |  | **Matériel d’hygiène** |
|  | Couverture + Draps - 2 de chaque  | 2 |  |  | Oreiller – Taie – Champ opératoire stérile – sac mortuaire alèse |  |
|  | Matériel de nettoyage et désinfection | 1 |  |  | Bassin réniforme – Panne - 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 |  |  | Protège airbag |  |
|  | Mouchoirs jetables (Boite de 100 pièces) | 1 |  |  | Matériel de fixation pour les patients |  |
|  | Sac vomitoire | 10 |  |  | Système d’extraction pour espace confiné |  |
|  | Poubelle + plusieurs sacs de remplacement | 1 |  | **Médicaments** |
|  | Container pour objets tranchants et aiguilles usagées | 1 |  |  | Aucun médicament |  |
|  | Sac adapté pour matériel contaminé | 1 |  |  |  |  |
|  | Langes adultes | 2 |  |  |  |  |

**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. Didier Taminiau, Rue Edgar Bierny 16 à 1460 Ittre – GSM 0473/47 30 93 - Mail : fb434618@skynet.be**

**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** : ……………………………………………………. **ACCREDITATION ASAF N° :** ……………

**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 | Accréditation ASAF N° | 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.**