



Nom de la manifestation*:

Date, horaires et lieu de la manifestation*:

Annexe 4 – Ambulances d'urgence et ambulanciers diplômés

Ambulances

Emplacement* (à reporter sur le plan à annexer)		
Accès*		
Service d'ambulances*		Signature du médecin responsable du service*:
Numéro cantonal de l'unité*		
Equipage* Ambulanciers diplômés	Nom, prénom: Date de naissance: Numéro de téléphone sur site:	Nom, prénom: Date de naissance: Numéro de téléphone sur site:

Emplacement* (à reporter sur le plan à annexer)		
Accès*		
Service d'ambulances*		Signature du médecin responsable du service*:
Numéro cantonal de l'unité*		
Equipage* Ambulanciers diplômés	Nom, prénom: Date de naissance: Numéro de téléphone sur site:	Nom, prénom: Date de naissance: Numéro de téléphone sur site:

Ce document est à renvoyer au service du médecin cantonal à l'adresse électronique suivante : manifestations-asu@etat.ge.ch