



Nom de la manifestation\*:

Date, horaires et lieu de la manifestation\*:

### Annexe 1 - Postes sanitaires + plan(s) à annexer

	Poste sanitaire principal (PSP)		
Emplacement *			
Société responsable *			
Contact responsable *		N° de téléphone *	
Planification des effectifs *	(planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation)		
Défibrillateur *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

	Poste sanitaire secondaire		
Emplacement *			
Société responsable *			
Contact responsable *		N° de téléphone *	
Planification des effectifs *	(planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation)		
Défibrillateur *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

	Poste sanitaire secondaire		
Emplacement *			
Société responsable *			
Contact responsable *		N° de téléphone *	
Planification des effectifs *	(planning à joindre en cas d'effectif variable sur la durée de la manifestation)		
Défibrillateur *	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

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