

BILAN INTERVENTION SECOURS

Toutes catégories - Toutes séries - Toutes disciplines

Date :

Région :

Titre de l'épreuve :

Lieu de l'épreuve :

Club organisateur :

Catégorie de l'épreuve :

LE COLLEGE DES COMMISSAIRES			
	NOM	Prénom	Comité Régional
			Signature
Président de jury
Commissaire titulaire
Commissaire titulaire
Juge à l'arrivée

PERSONNEL(S) DE SECOURS			
	NOM	Prénom	Ville / Organisme
			Signature
Médecin
Ambulancier (e)
Infirmier (e)
Secouriste AFPS N°
Secouriste AFPS N°
Secouriste AFPS N°

AVIS IMPORTANT :

A transmettre avec l'état de résultats dans les 48 heures qui suivent l'épreuve au Comité Régional.

Le document doit **obligatoirement** être certifié par le Président de Jury et par le ou les personnel (s) de secours.

