



Direction générale SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET GESTION DE CRISE

FORMULAIRE DE NOTIFICATION DE LA MISE A DISPOSITION D'UN DEFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATIQUE (1)

Soussigné

Nom :

demeurant à

Rue :

Numéro :

Boîte :

Commune :

Code postale :

joignable par numéro(s) téléphonique(s)

déclare mettre

(2)	dans le lieu public suivant Rue : Commune : exprimé en coordonnées LAMBERT2005 : et décrit comme suit (mention d'étage, particularité de l'endroit, ..)	Numéro : Code postale	Boîte :
-----	---	--------------------------	---------

(2)	ou dans le véhicule suivant :	marque :	type :
		plaque :	numéro de série :
	en cas d'ambulance	ambulance AMU :	autre ambul. :

un défibrillateur externe automatique
de catégorie 1 (3) ou de catégorie 2 (3)
marque : type : numéro de série :

à disposition conformément aux dispositions de l'arrêté royal fixant les normes de sécurité et les autres normes applicables au défibrillateur externe automatique utilisé dans le cadre d'une réanimation.

Dans le cas d'un placement dans un endroit public le soussigné joint au présent formulaire une copie d'une ou plusieurs carte(s) topographique(s) à l'échelle 1/10.000, en y indiquant la position exacte, afin d'en permettre la localisation, à tout le moins au centre d'un cercle d'un rayon de 500 m.

Le soussigné déclare prendre les mesures qui s'imposent pour assurer l'entretien de l'appareil conformément aux instructions du fabricant.

Fait à

Commune :

Boîte postale :

le :

(date)

Signature :

(1) : un formulaire par appareil SVP.

(2) : cocher une des deux cases SVP.

(3) : cocher une des deux cases SVP.

A transmettre : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, DG2, Martine d'Heer, Place Victor Horta, 40/10, 1060 Bruxelles. Email: AED-DEA@health.fgov.be

Espace réservée	Date de réception :	Gestionnaire de dossier :
Avis :		Numéro d'enregistrement
Pour accord :	DIRECTEUR GENERAL	Date :