



RAPPORT DE MISSION

MANIFESTATION :

Type de Compétition :

Date :

Lieu :

OBSERVATIONS :

Conditions de travail :

Local ☐ néant ☐ conforme ☐ peu conforme ☐ non conforme ☐

Préciser :

Ambulance : ☐ présente ☐ absente ☐ médicalisée ☐ non médicalisée

Service d'urgence sollicité :

Outils de travail ☐ satisfaisant ☐ peu satisfaisant ☐ non satisfaisant ☐

Préciser :

Programme des compétitions : ☐ respecté ☐ non respecté

Préciser :

Autres observations :

✓ La protection civile :

✓ L'ambulance :

✓ L'effectif médical :

Autres et divers

Activité technique :

Nom et Signature du Médecin