

ETAT DES LIEUX

réalisé le:

 Etaient présents à la visite : M.....
 M
 M.

PLAN D'EAU DE

Adresse propriétaire	COM SAINT MARTIN
Nom du gestionnaire	Comm
N° de Tél.	0590 87 50 04

CARACTERISTIQUES DU PLAN D'EAU

		BON	MAUVAIS	ABSENT
ABORDS	Qualité du sol			
	Sécurité environnement			
QUALITE DE L'EAU	<i>Transparence</i>			
	Qualité bactériologique : contrôles à vérifier en mairie			
QUALITE DU FOND	Inclinaison			*
	<i>Qualité du sol</i>			*
DÉLIMITATION DE LA ZONE DE BAINADE	<i>Périmètre</i>			*
ACCUEIL	Vestiaires filles et garçons			
	Douches			
	W-C			

EQUIPEMENTS DE SECOURS

		Bon état ou révisé**	Mauvais état ou non révisé	Absent	
MATÉRIEL MOBILE DE SAUVETAGE ET DE SECOURS	Un défibrillateur				
	Une bouée				
	Un masque et un tuba				
	<i>une valise de réanimation</i>	- une bouteille à oxygène avec manomètre et débitaire		*	*
		- un aspirateur de mucosités avec sondes adaptées		*	*
		- un ballon auto remplisseur avec valves et masques adaptés pour une ventilation		*	*
	un brancard pliant				
	une couverture de survie				
un nécessaire de premier secours					
MOYENS DE LIAISON	<i>Téléphone</i>			*	
	voies d'accès des secours				
	un sifflet		*		

PERSONNEL DE SURVEILLANCE MIS A DISPOSITION PAR LE PROPRIETAIRE

Personnes désignées pour la surveillance	NOM Prénom	QUALITE

.....

*Tout élément coché dans une case de couleur grisée doit être signalé immédiatement. **Préciser la date de la révision.