

# FICHE MÉMO ÉVACUATION INCENDIE



NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .....  
Directeur/chef d'établissement : .....  
Nbre de bâtiments : .....  
Utilisation des étages : oui      non

## DATE :

- |   |     |                          |     |                          |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Présence d'un moyen d'alarme ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alarme audible dans tout le bâtiment ?                                     | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Affichage de consignes ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prise en compte de personnes handicapées ?                                 | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Portes des salles dégagées et déverrouillées ?                             | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 6. Affichage de plans d'évacuation ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 7. Couloirs, cages d'escalier dégagés ?                                       | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 8. Issues du bâtiment dégagées et déverrouillées ?                            | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 9. Point d'appel connu de tous et matérialisé ?                               | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 10. Appel fait par le personnel ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 11. Point de rassemblement couvert et facile à surveiller ?                   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 12. Présence d'un moyen d'alerte des secours ?                                | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 13. Affichage des numéros d'urgence ?   | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 14. Message d'alerte pré renseigné ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 15. Accueil des pompiers et compte rendu ?                                    | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 16. Localisation des organes de coupure des fluides sur un plan schématique ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 17. Au moins un personnel secouriste ?  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 18. Registre de sécurité incendie à jour ?                                    | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 19. Participation intervenants extérieurs (pompiers, parents) ?               | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

**DYSFONCTIONNEMENTS OBSERVÉS :**

**MESURES CORRECTIVES APPORTÉES :**

# FICHE MÉMO À UTILISER LORS DE L'APPEL AU SECOURS

Ce document doit être pré-rempli en partie 1, photocopié et placé près du téléphone

**SAMU : 15 ou 112**  
**Sapeurs-pompiers : 18 ou 112**  
**Gendarmerie/Police : 17 ou 112**

## MESSAGE D'ALERTE

### ① *SIGNALEMENT PRÉRENSEIGNÉ*

Ici (nom de l'établissement) : .....

.....

Adresse : .....

Commune : .....

N° de téléphone : .....

N° de téléphone portable du responsable : .....

### ② *NATURE DE L'ACCIDENT*

Incendie

Explosion

Secours à victime

Autres : .....

Nombre de personne(s) bloquée(s) dans l'établissement, en attente d'évacuation : .....

Bilan par victime : Elle parle : OUI  NON

Elle respire : OUI  NON

Elle saigne : OUI  NON

Points d'accueil des secours : .....

.....

.....

Mesures prises : .....

.....

.....

**NE PAS RACCROCHER AVANT QUE LES SERVICES DE SECOURS NE VOUS Y INVITENT**