



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Service de Santé et de Secours Médical

Fax : 04.71.07.03.36

**FORMULAIRE DE
DECLARATION POST
A.E.S.L.B.**

Renseignements concernant le sapeur-pompier :



Nom, prénom :

Statut :

Centre de secours :

Téléphone :

Renseignements concernant l'accident :



Date de l'accident :

Heure :

Détails de l'accident , circonstances de survenue :

Renseignements concernant le patient source :



Nom et prénom :

Lieu d'hospitalisation :

**Formulaire à faire parvenir après chaque utilisation du KIT AESLB au
S.S.S.M.**