

**à remplir obligatoirement :**

Désignation du service ou de l'association	
Si Personne(s) formée(s) à l'utilisation d'un défibrillateur semi automatique indiquer le(s) nom(s)	
Téléphone	
Adresse Mail	
Type de manifestation	
Lieu de la manifestation et emplacement prévu pour l'appareil	
Date de la manifestation	
Nombre approximatif de visiteurs attendus	

**Prise en charge**

Date de prise en charge		
Date de restitution		
Copie justificatif assurance	oui	non
A pris connaissance des conditions générales de mise à disposition	oui	non

**Signature de l'Emprunteur:**

(réservé à l'administration)

**Demande validée par**

**Le**