

Formulaire de déclaration de vos défibrillateurs à ARLoD



Nom du défibrillateur (DAE de la Poste, DAE de la Mairie...) :

Nom de l'établissement qui héberge le DAE (Lycée Paul Robert, piscine Alain Bernard...) :

Adresse d'installation (numéro, rue, code postal, ville) :

Localisation précise (sous le porche de l'entrée, à droite sous l'escalier...) :

Accessibilité du défibrillateur :

- 24h / 24, 7 jours / 7 (aucune contrainte d'accès)
- Aux heures ouvrables uniquement
- Lors de manifestations (rencontre sportive, fête municipale...)
- À certaines heures uniquement. Merci de préciser ci-dessous :

<i>Le lundi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le mardi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le mercredi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le jeudi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le vendredi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le samedi :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>
<i>Le dimanche :</i>	<i>de ___ heure à ___ heure et de ___ heure à ___ heure</i>

Votre profil :

- Gestionnaire des défibrillateurs pour le compte d'une collectivité, d'une entreprise ou d'une association
- Particulier, syndic de copropriété ou membre d'un conseil syndical
- Médecin, infirmier ou pompier impliqué(e) dans l'installation de défibrillateurs
- Autre, précisez : _____

Nom de votre organisation :

Votre fonction :

Vos nom et prénom :

Votre e-mail :

Votre téléphone :

Adresse de votre organisation (numéro, rue, code postal, ville) :

Date et signature :

Merci de renvoyer ce formulaire à :
ARLoD - 75 rue Saint-Charles - 75015 Paris

Merci !