

**Plan d'URGENCE pour sorties hors campus UQAC**  
**Niveau 2 à 4 - Difficulté intermédiaire à très difficile**  
*(Voir Directives pour sorties hors campus UQAC- Niveau 2 à 4)*

Unité administrative: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Date du départ: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_ Date du retour: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

Cours et/ou activités prévues: \_\_\_\_\_

Description de la destination ou du parcours: \_\_\_\_\_

**PERSONNES IMPLIQUÉES:**

Leader: \_\_\_\_\_ Co-leader: \_\_\_\_\_

Assistant 1: \_\_\_\_\_ Assistant 2: \_\_\_\_\_

Nombre de participants: \_\_\_\_\_ Leur profil:  Étudiants de l'UQAC  Autre : \_\_\_\_\_

Age gardien: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

**FAÇON DE REJOINDRE LES LEADERS DURANT LA SORTIE:**

Appareil de communication	Numéro ou canal	Réseau (Rogers, Télus, etc.)	Propriétaire

**LIEU DE STATIONNEMENT DES VÉHICULES:** \_\_\_\_\_

Type de véhicule	Description (marque, couleur...)	Plaque d'immatriculation	Propriétaire

**SELON UNE ENTENTE, LES LEADERS CONTACTERONT LES PERSONNES SUIVANTES DURANT LA SORTIE:**

Nom	Moyen de communication	Numéro ou canal	Date et heure
Age gardien			Après la sortie avant ____ h ____

- À ANNEXER:
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Liste des participants           | <input type="checkbox"/> Objectifs           | <input type="checkbox"/> Compétences des leaders                    |
| <input type="checkbox"/> Liste des items visibles de loin | <input type="checkbox"/> Carte annotée       | <input type="checkbox"/> Copie certifications 1 <sup>er</sup> soins |
| <input type="checkbox"/> Liste d'équipement d'urgence     | <input type="checkbox"/> Horaire détaillé    | <input type="checkbox"/> Protocole entente non respectée            |
| <input type="checkbox"/> Infos remises aux participants   | <input type="checkbox"/> Résumé cas médicaux | <input type="checkbox"/> Plan 5 scénarios pessimistes               |

- À VÉRIFIER:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formulaire acceptation des risques    | <input type="checkbox"/> Formulaire contrôle médical | <input type="checkbox"/> Dix documents en main  |
| <input type="checkbox"/> Formulaire acceptation des politiques | <input type="checkbox"/> Validation cas médicaux     | <input type="checkbox"/> Contrôle des véhicules |

Difficulté de la sortie (1 à 4): \_\_\_\_\_ Ratio de supervision: \_\_\_\_\_ participants par intervenant

Signature du leader ou co-leader: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Signature du spécialiste des plans d'urgence: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_