



# Enquête séisme formulaire collectif

Le BCSF assure la collecte et l'archivage des renseignements et témoignages relatifs aux séismes ressentis en France.

En collectant et résumant les témoignages dans ce questionnaire, vous contribuerez à préciser le risque sismique dans votre région.

le Directeur du BCSF

■ Le séisme a-t-il été ressenti ? OUI  P1 NON  P2  
sur la commune de (lieu d'observation) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Lieu dit, quartier :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Code postal :

■ L'avez-vous personnellement ressenti ? OUI  P3 NON  P4

Même si le séisme n'a pas été ressenti, merci de renvoyer ce questionnaire, en répondant au premier paragraphe et de ne pas barrer le reste du questionnaire.  
N'ajoutez aucune mention en dehors des cases (ni tampon, ni agrafe). Merci.

SEISME DU:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

à  heure(s)  minute(s)

rempli le :

Par : Nom :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Prénom :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Organisme :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

La secousse a été ressentie par :  
 ■ à l'intérieur des bâtiments :  
 - RdC  P5  P6  P7  
 - 1er, 2e  P8  P9  P10  
 - 3e, 4e  P11  P12  P13  
 - 5e et plus  P14  P15  P16  
 ■ à l'extérieur (plein air)  P17  P18  P19

■ la secousse a été ressentie comme : un balancement, faible  P20  
 une vibration moyenne  P21  
 forte  P22  
 ■ les personnes inférieure à 10% de 10% à 50% supérieure à 50%  
 - ont été réveillés  P23  
 - sont sorties du bâtiment  P24  
 - ont perdu l'équilibre : - à l'intérieur  P25  
 - à l'extérieur  P26  
 ■ la secousse a : inquiété  P27 effrayé  P28 paniqué  P29

	inférieur au 3ième			3ième étage et plus		
	faible	moyen	fort	faible	moyen	fort
■ oscillation des objets suspendus (lustres, cadres)	<input type="checkbox"/> O01	<input type="checkbox"/> O02	<input type="checkbox"/> O03	<input type="checkbox"/> O04	<input type="checkbox"/> O05	<input type="checkbox"/> O06
■ vibration des petits objets (verres, assiettes, bibelots, etc.)	<input type="checkbox"/> O07	<input type="checkbox"/> O08	<input type="checkbox"/> O09	<input type="checkbox"/> O10	<input type="checkbox"/> O11	<input type="checkbox"/> O12
■ tremblement du mobilier léger (chaise, table de chevet, etc.)	<input type="checkbox"/> O13	<input type="checkbox"/> O14	<input type="checkbox"/> O15	<input type="checkbox"/> O16	<input type="checkbox"/> O17	<input type="checkbox"/> O18
■ vibration des portes, fenêtres, vitres, vitrines	<input type="checkbox"/> O19	<input type="checkbox"/> O20	<input type="checkbox"/> O21	<input type="checkbox"/> O22	<input type="checkbox"/> O23	<input type="checkbox"/> O24
■ craquement des poutres, planchers et meubles	<input type="checkbox"/> O25	<input type="checkbox"/> O26	<input type="checkbox"/> O27	<input type="checkbox"/> O28	<input type="checkbox"/> O29	<input type="checkbox"/> O30
<b>oui</b>						
■ oscillation des liquides dans les récipients	<input type="checkbox"/> O31			<input type="checkbox"/> O32		
■ débordement des liquides des récipients pleins	<input type="checkbox"/> O33			<input type="checkbox"/> O34		
■ ouverture et fermeture de portes ou de fenêtres	<input type="checkbox"/> O35			<input type="checkbox"/> O36		
■ bris d'objets (tableaux, verrerie, porcelaine, etc.) , vitres	<input type="checkbox"/> O37			<input type="checkbox"/> O38		

	Déplacements, chutes de :		Déplacements, chutes de :	
	déplac.	chute	déplac.	chute
■ petits objets instables ou mal fixés	<input type="checkbox"/> O39	<input type="checkbox"/> O40	<input type="checkbox"/> O41	<input type="checkbox"/> O42
■ mobilier léger (lit, chaise, table de chevet, etc.)	<input type="checkbox"/> O43	<input type="checkbox"/> O44	<input type="checkbox"/> O45	<input type="checkbox"/> O46
■ mobilier lourd (armoire, buffet, etc.)	<input type="checkbox"/> O47	<input type="checkbox"/> O48	<input type="checkbox"/> O49	<input type="checkbox"/> O50

OUI  E1 grondement faible tonnerre proche explosion autre :  
 NON  E2 et lointain  E3 et fort  E4  E5  E6

