



Canadian Association of Rallysport
Box 300
Turner Valley, AB, T0L 2A0
Téléphone : 1-855-640-6444
Courriel : office@carsrally.ca
Site Web : www.carsrally.ca

Rapport d'incident de rallye

Club organisateur : _____

Certificat d'assurance n° : _____

Date de l'incident : _____

Heure : _____

Région : _____

Endroit : _____

Lieu de l'incident (n'en cocher qu'un) Spéciale Liaison Parc d'assistance Ailleurs

Genre d'événement (n'en cocher qu'un)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Performance/National | <input type="checkbox"/> Performance/Régional | <input type="checkbox"/> Performance/ Un chemin | <input type="checkbox"/> Essai |
| <input type="checkbox"/> Rallye-Sprint | <input type="checkbox"/> Rallye-Cross | <input type="checkbox"/> Rallye de navigation | <input type="checkbox"/> École de pilotage |

Section 1 Incidents concernant des véhicules de compétition (dresser une liste séparée au besoin)

Voiture #	Classe :	Marque :				
Nom du pilote :						
Adresse :						
Ville :	Province :	Code postal :				
Téléphone (jour):	Téléphone (soir):					
Blessures :	<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Autre
Envoyé à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)					

Voiture #	Classe :	Marque :				
Nom du pilote :						
Adresse :						
Ville :	Province :	Code postal :				
Téléphone (jour):	Téléphone (soir):					
Blessures :	<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Autre
Envoyé à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)					

Section 2- Incidents concernant (n'en cocher qu'un ou dresser une liste séparée au besoin)

<input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Médias	<input type="checkbox"/> Concurrent <input type="checkbox"/> Parrainer	<input type="checkbox"/> Équipe de service <input type="checkbox"/> Spectateur	<input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Ouvrier
--	---	---	---	----------------------------------

Voiture #	Classe :	Marque :				
Nom :						
Adresse :						
Ville :	Province :	Code postal :				
Téléphone (jour):	Téléphone (soir) :					
Treated by event Medical?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Revenu au rallye ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Blessures :	<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Autre
Envoyé à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)					

Section 3 Dommage à la propriété

Nom du propriétaire :				
Adresse :				
Ville :		Province :		Code postal :
Téléphone (jour) :		Téléphone (soir) :		
Description de la propriété				
Dommages & Description				

Section 4- Description de l'incident

Véhicule contre véhicule Véhicule contre objet Véhicule contre personne

Type d'incident Dérapage Capotage Chute

Cocher tout ce qui s'applique Travailleur blessé Bris mécanique En poussant ou chargeant le véhicule

Autre

Détails de l'incident (utiliser une autre feuille au besoin)

État de la route :	<input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Mouillée <input type="checkbox"/> Boueux
	<input type="checkbox"/> Gravier <input type="checkbox"/> Neige ou glace <input type="checkbox"/> Autre

Moment du rallye :	<input type="checkbox"/> Spéciale engagée <input type="checkbox"/> Spéciale non engagée <input type="checkbox"/> Liaison
	<input type="checkbox"/> Autre

Matériel d'urgence utilisé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, cocher tout ce qui s'applique)
	<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Outils de sauvetage <input type="checkbox"/> Camion d'incendie
	<input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Remorqueuse <input type="checkbox"/> Extincteur

Section 6 Remise du rapport

Rapport remis par :				
Poste occupé au rallye :				
Adresse :				
Ville :		Province :		Code postal :
Téléphone (jour) :		Téléphone (soir) :		
Signature :				
Date :	Jour :	Mois :	Année :	

**En cas de blessure grave, de décès ou de démembrement à quiconque, appeler le
John Hall 1-7801-720-3100 et CARS1-855-640-6444.**

Envoyer immédiatement le rapport par courriel à CARS à office@carsrally.ca

Poster au bureau de CARS l'original de ce rapport avec le formulaire de renonciation signé par tous les blessés qui ont été envoyés à l'hôpital.