



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"/> Cou	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Jambes	<input type="checkbox"/> Autres
	<input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Décès	<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"/> Cou	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Jambes	<input type="checkbox"/> Autres
	<input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Décès	<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"/> Concurrent | <input type="checkbox"/> Équipe de service | <input type="checkbox"/> Bénévole | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Médias | <input type="checkbox"/> Parrainer | <input type="checkbox"/> Spectateur | <input type="checkbox"/> Autre | |

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"/> Cou	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Jambes	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Lacérations	<input type="checkbox"/> Contusions	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Décès	<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"/> Gravier	<input type="checkbox"/> Mouillée <input type="checkbox"/> Neige ou glace	<input type="checkbox"/> Boueux <input type="checkbox"/> Autre
Moment du rallye :	<input type="checkbox"/> Spéciale engagée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Spéciale non engagée	<input type="checkbox"/> Liaison
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"/> Hélicoptère	<input type="checkbox"/> Outils de sauvetage <input type="checkbox"/> Remorqueuse	<input type="checkbox"/> Camion d'incendie <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.**