



Rapport d'incident de rallye

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

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.