



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)

- Performance/National  Performance/Régional  Performance/ Un chemin  Essai  
 Rallye-Sprint  Rallye-Cross  Rallye de navigation  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)

- Officiel  Concurrent  Équipe de service  Bénévole  Ouvrier  
 Médias  Parrainer  Spectateur  Autre

Voiture #	Classe :			Marque :		
Nom :						
Adresse :						
Ville :		Province :		Code postal :		
Téléphone (jour):			Téléphone (soir):			
Treated by event Medical?			Revenu au rallye ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<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"/> 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 1-780-720-3100 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.**