



Canadian Association of Rallysport
Box 300
Diamond 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 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?	<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"/> 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
 Bill Westhead 1-604-765-8239 et
 CARS 1-855-640-6444.**

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**