



Incidentrapport

Ankom

Datum:

--	--

1. Uppgiftslämnare

Tävlingens namn: _____

Datum: _____

Arrangör: _____

Uppgiftslämnare: _____

Tel: _____

2. Personuppgifter förare/co-driver (Den som blivit skadad enligt denna rapport)

Namn: _____

Persnr: _____

Namn: _____

Persnr: _____

Namn: _____

Persnr: _____

3. Tävligen

Typ av tävling

RC

FR

DR

MR

Drifting

Annat:

Underlag

Grus

Asfalt

Snö/Is

4. Ekipaget

Startnummer på fordonet _____

Förarklass på fordonet _____

Bilclass på fordonet _____

5. Olyckan

Vem larmade 112 ?

Tävlingsl. Funktionär Publiken

När fick tävlingsledningen vetskap om olyckan?

kl. _____

Räddningstjänsten/Ambulans

Larmad kl. _____

På plats kl. _____

Var inträffade olyckan från starten _____

Uppskattad hastighet vid olyckstillfället? _____

Km/h

Fanns tävlingsambulans?

Nej Ja

Fanns sjukvårdspersonal

Nej Ja

Tillkallades polis?

Nej Ja

Kort redogörelse (händelseförlopp)

Fortsätt gärna under övrigt på sid 2

Kort redogörelse vid misstänkta personsador

Fortsätt gärna under övrigt på sid 2

V.g. vänd

6. Teknik

Besiktades fordonet efter olyckan ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Var hjälm skadad ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Typ av hjälm <input type="text"/>
Var bälten skadade ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Typ av bälte <input type="text"/>
Var stol skadad ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Typ av stol <input type="text"/>
Var buren skadad ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Användes FHR-skydd ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Typ av FHR <input type="text"/>

Kort redogörelse för skadan på fordonet

7. Övrigt

Övrigt

Text till Skiss/Foto:

Skiss/Foto:

Bilagor:

8. Instruktion

Tävlingsledningen ansvarar för att en incidentrapporten fylls i så komplett som möjligt vid varje tillfälle då ambulans tillkallats och fört personer till vårdinrättning.

Incidentrapporten skickas till: incident@nitroz.se
Nitroz AB, Annelundsvägen 14, 141 44 Huddinge

Uppgiftslämnare (Texta): _____

Namn:

Tel:

Mail:

Rev: 2022-07-27