

Rapport de risque ou d'incident non médical

Transmettre le rapport **dans les 48 heures suivant l'incident** :

Courriel : safetyFIRST@firstinspires.org Télécopie : 603-206-2050 Téléphone : 800-871-8326 Ext. 250 (sans frais)

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| Date/heure de l'incident | | Date et heure du rapport | |
| DÉCLARATION PAR | | | |
| Nom | | Rôle dans équipe/événement | |
| Téléphone | | Événement/ville | |
| Programme <input type="checkbox"/> JrFLL <input type="checkbox"/> FLL <input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> Autre | | Numéro d'équipe <input type="checkbox"/> sans objet | |
| PERSONNE(S) À RISQUE | | | |
| Nom(s) | | Âge(s) | |
| Adresse(s) | Téléphone(s) | Courriel(s) | |
| Description de l'incident ou de la situation à risque | | | |
| PERSONNE(S) À L'ORIGINE DE L'INCIDENT OU DU RISQUE | | | |
| Nom(s) | | | |
| Programme <input type="checkbox"/> JrFLL <input type="checkbox"/> FLL <input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> Autre | | Rôle dans l'équipe () /événement | |
| Remarques | | | |
| TÉMOIN(S) | | | |
| Nom 1 | | Téléphone | |
| Rôle dans l'équipe/événement | | Programme <input type="checkbox"/> JrFLL <input type="checkbox"/> FLL <input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> Autre Numéro d'équipe <input type="checkbox"/> sans objet | |
| Nom 2 | | Téléphone | |
| Rôle dans l'équipe/événement | | Programme <input type="checkbox"/> JrFLL <input type="checkbox"/> FLL <input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> Autre Numéro d'équipe <input type="checkbox"/> sans objet | |
| Nom 3 | | Téléphone | |
| Rôle dans l'équipe/événement | | Programme <input type="checkbox"/> JrFLL <input type="checkbox"/> FLL <input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> Autre Numéro d'équipe <input type="checkbox"/> sans objet | |
| ACTION(S) Conformément à la Politique FIRST de protection des jeunes et des normes locales | | | |
| Action(s) | | Par | |
| Est-ce que les autorités, le personnel de sécurité ou les policiers ont été avisés/impliqués? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si Oui, précisez et indiquez les coordonnées | | | |
| Action(s) prescrites par FIRST | | | |

Ajouter des feuilles au besoin