



RAPPORT D'INCIDENT

Compléter et retourner à:
evenement@assurancesbazinet.com

Nom promoteur ou assuré : _____

Emplacement : _____

Tiers blessé : ☐ SPECTATEUR ☐ PARTICIPANT

Type de participant : ☐ COUREUR ☐ OFFICIEL ☐ MECANICIEN ☐ ÉQUIPE ☐ AUTRE _____

Type de véhicule : _____

Date de l'accident : _____ Heure : _____ AM / PM

NOM DU TIER BLESSÉ : _____ Age : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone : () _____ Téléphone travail : () _____

Le blessé avait-il signé une renonciation? ☐ OUI ☐ NON

Lieux de l'incident : ☐ Coté des spectateurs ☐ Enclos ☐ Piste

Décrire brièvement l'incident : _____

Brièvement décrire les blessures : _____

Le blessé a-t-il été transporté dans un centre hospitalier ? ☐ OUI ☐ NON

Rapport de l'incident (par un responsable de l'événement ou son représentant) :

Nom : _____ Titre : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Tél.(jour) : () _____ Tél.(soir) : () _____