



INGEN SKA DÖ
AV RATTFYLLERI

Incidentrapportering

Incidentdatum: _____ Tillstånd nr: _____

Arrangör: _____ Tävlingsledare: _____

Skadad: _____ Personnummer: _____

Typ av skada: _____

Händelseförlopp: _____

Vad anser ni orsakade olyckan? _____

Inblandade fordon: _____

Den skadades kontaktuppgifter:

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mailadress: _____

Anmälare:

Namn: _____

Mailadress: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

Kansliets noteringar:

Ankom datum: _____ Tävling Träning

Licensnummer: _____ Betald Obetald

Vidarelämnat till Folksam datum: _____ Sign: _____