



Incidentrapport

FÖRENINGSUPPGIFTER

Föreningsnamn	Organisationsnummer
Adress	
Telefonnummer	E-mail adress

KONTAKTPERSON

Namn och efternamn	
Telefonnummer	E-mail

OM INCIDENTEN

Typ av incident	Annat
Datum för incidenten	
Har en polisanmälan upprättats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om du svarat JA, uppge diarienummer:
Har ni bifogat med bilder på incidenten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har någon/några skadats av det som inträffats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv det som har hänt med egna ord (max 300 tecken):	
Övrigt (max 200 tecken):	