**Formulaire de Rapport d'incident / Rapport d’accident de véhicule**

|  |
| --- |
| **Le présent formulaire doit être rempli par le conducteur ou l'individu impliqué dans un accident ou un incident, et envoyé à l'Agent du parc automobile et au Programme Manager dans le pays, ainsi qu'au Programme Coordinator au siège de DCA, dès que possible à la suite d'un incident ou d'un accident qui a entraîné des dommages aux actifs de DCA ou une perte de ceux-ci.****Vous serez informé(e) de toute nécessité de fournir d'autres informations ou documents à l'appui.**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programme :** |  | **Lieu de l'accident/de l'incident :** |  |
| **Rapport rempli par :** |  | **Fonction :** |  |
| **Signature :** |  | **Date :**  |  |

|  |
| --- |
| **Détails sur l'accident/l'incident :**  |
| **Date :** |  | **Heure :** |  |
| Veuillez fournir autant de précisions que possible sur les circonstances de l'accident, en cas d'accident de la route, notamment sur l'état de la route, et indiquer la vitesse approximative de tous les véhicules, le nombre et le nom des passagers. Veuillez également fournir des photos ou un croquis de la scène de l'accident/l'incident. |
|  |

|  |
| --- |
| **Détailler les équipements perdus :**Veuillez fournir autant de précisions que possible sur toutes les pièces endommagées/perdues |
| **Pièce**Indiquer la marque/le modèle/le fabricant  | **Valeur d'achat**Si connue | **Valeur actuelle**Si connue | **Date d'achat** Si inconnue, veuillez indiquer l'âge approximatif  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Véhicule(s) de DCA impliqué(s), le cas échéant :**  |
| **Type de véhicule :** |  | **Date :** |  |
| **Numéro de plaque d’immatriculation du véhicule :** |  | **Conduit par :** |  |
| **Base habituelle :** |  | **Fonction :**  |  |
| **Description détaillée des dommages causés au véhicule de DCA :**Si connu, inclure le coût approximatif de réparations/remplacement |
|  |
| **Véhicule(s) de tiers impliqué(s), le cas échéant :**  |
| **Type de véhicule :** |  | **Fonction** |  |
| **Numéro de plaque d’immatriculation du véhicule :** |  | **Date**  |  |
| **Nom du propriétaire :** |  | **Numéro de téléphone :** |  |
| **Description détaillée des dommages causés au véhicule de tiers**Si connu, inclure le coût approximatif de réparation/remplacement |
|  |

|  |
| --- |
| **Autre(s) dommage(s) :** Veuillez fournir des précisions sur les dommages éventuels causés à des biens/bétail/équipements, y compris le nom du propriétaire, l'ampleur des dommages et, si connu, le coût approximatif de réparation/remplacement  |
|  |

|  |
| --- |
| **Victimes :**  |
| **Nombre de victimes :** |  | **Des soins hospitaliers ont-ils été requis pour les victimes ?** |  |
| **Nombre de blessés non employés par DCA :**  |  | **Nombre d'employés de DCA blessés :** |  |
| Veuillez fournir des précisions sur les blessures éventuelles causées suite à l'incident (y compris parmi les passagers et les piétons), sur l'état des victimes et sur l'assistance médicale apportée. |
|  |

|  |
| --- |
| **Rapport de police :**  |
| **Signalé à la police ?** |  | **Date de rapport :** |  |
| **Rapport de police disponible ?**  |  | **Numéro du procès-verbal :** |  |
| **Nom du commissariat de police :** |  | **Adresse du commissariat de police :** |  |
| **Numéro de téléphone du commissariat de police :** |  | **Nom de l'agent de police :** |  |

|  |
| --- |
| **Témoins :**  |
| **Y a-t-il eu des témoins ?** |  | **Noms des témoins :**  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Mesures prises par le Supérieur hiérarchique/Gestionnaire responsable :** |
| **Quelles mesures immédiates ont été prises pour prévenir un incident similaire, et par qui ?** |
| **Une enquête plus approfondie est-elle nécessaire pour déterminer les causes sous-jacentes de l'incident, et des mesures correctives doivent-elles être prises ?** |
| **Le cas échéant, quelles mesures disciplinaires est-il recommandé de prendre à l'encontre de l'employé concerné ?** |
| **Nom :** |  |
| **Fonction :** |  |
| **Signature :** |  |
| **Date :** |  |