

Driver / Conducteur

Given Name / Prénom

Family Name / Nom de famille

Address / Adresse

Injuries sustained / Blessures subies

UNHCR Vehicle / Véhicule HCR

Barcode / Code-barre

Registration Plate Number / Numéro d'immatriculation

Operated by Partner
Exploité par Partenaire

Yes
Oui

No
Non

Name of Partner / Nom du partenaire

Details of the Incident / Détails de l'incident

Location and Road / Localisation et route

Total Number of Fatalities
Nombre total de décès

Total Number of Injuries
Nombre total de blessé(e)s

Date and Time / Date et heure

Were the police called to the incident?
La police est-elle intervenue?

Yes
Oui

No
Non

Other Party Involved in the Incident / Autre partie impliquée dans l'incident

Vehicle
Véhicule

Bus
Bus

Pedestrian
Piéton

Cyclist
Cycliste

Motorcyclist
Motocycliste

Truck
Camion

Animal
Animal

Other
Autre

Registration Plate Number / Numéro d'immatriculation

Barcode of Vehicle / Code-barre du véhicule

Insurance Company / Société d'assurance

Insurance Policy Number / Numéro de police d'assurance

Given Name / Prénom

Family Name / Nom de famille

Phone / Téléphone

E-mail / E-mail

Address / Adresse

Fatality
Décès

Yes
Oui

No
Non

Injuries sustained / Blessures subies

Injury
Blessure

Yes
Oui

No
Non

Passenger or Other Witness / *Passager ou autre témoin*

UNHCR staff
Personnel HCR

Passenger in UNHCR vehicle
Passager dans le véhicule HCR

Passenger in other vehicle
Passager dans l'autre véhicule

Partner
Partenaire

Other witness
Autre témoin

Given Name / *Prénom*

Family Name / *Nom de famille*

Phone / *Téléphone*

E-mail / *E-mail*

Address / *Adresse*

Fatality
Décès

Yes
Oui

No
Non

Injuries sustained / *Blessures subies*

Injury
Blessure

Yes
Oui

No
Non

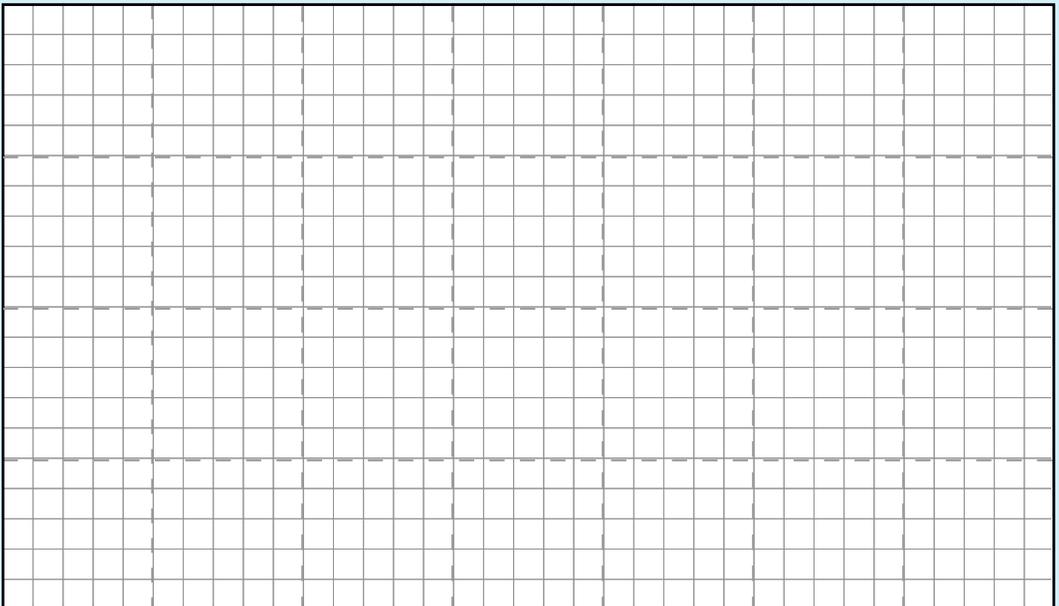
Description of the Incident / *Description de l'incident*

Parties, type of vehicles involved, kind of property damaged of UNHCR and third party, injuries, fatalities, how the incident happened, etc.
Partis, type de véhicules concernés, type du bien endommagé du HCR et du tiers, blessures, décès, comment l'accident s'est produit, etc.

Take photographs / *Prenez des photos*

Diagram of the Incident / *Croquis de l'incident*

Showing roads and direction of travel of vehicles at point of impact. Include traffic signs, name of streets, etc.
Tracé des routes, position des véhicules au moment de la collision. Indiquez les signaux routiers, le nom des rues, etc.



Date _____ Title / *Titre* _____ Signature _____

Passenger or Other Witness / Passager ou autre témoin

UNHCR staff <i>Personnel HCR</i>	Passenger in UNHCR vehicle <i>Passager dans le véhicule HCR</i>	Passenger in other vehicle <i>Passager dans l'autre véhicule</i>	Partner <i>Partenaire</i>	Other witness <i>Autre témoin</i>
-------------------------------------	--	---	------------------------------	--------------------------------------

Given Name / <i>Prénom</i>	Family Name / <i>Nom de famille</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Phone / <i>Téléphone</i>	E-mail / <i>E-mail</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Address / *Adresse*

Fatality <i>Décès</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	Injuries sustained / <i>Blessures subies</i> <input type="text"/>
Injury <i>Blessure</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	

Passenger or Other Witness / Passager ou autre témoin

UNHCR staff <i>Personnel HCR</i>	Passenger in UNHCR vehicle <i>Passager dans le véhicule HCR</i>	Passenger in other vehicle <i>Passager dans l'autre véhicule</i>	Partner <i>Partenaire</i>	Other witness <i>Autre témoin</i>
-------------------------------------	--	---	------------------------------	--------------------------------------

Given Name / <i>Prénom</i>	Family Name / <i>Nom de famille</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Phone / <i>Téléphone</i>	E-mail / <i>E-mail</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Address / *Adresse*

Fatality <i>Décès</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	Injuries sustained / <i>Blessures subies</i> <input type="text"/>
Injury <i>Blessure</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	

Passenger or Other Witness / Passager ou autre témoin

UNHCR staff <i>Personnel HCR</i>	Passenger in UNHCR vehicle <i>Passager dans le véhicule HCR</i>	Passenger in other vehicle <i>Passager dans l'autre véhicule</i>	Partner <i>Partenaire</i>	Other witness <i>Autre témoin</i>
-------------------------------------	--	---	------------------------------	--------------------------------------

Given Name / <i>Prénom</i>	Family Name / <i>Nom de famille</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Phone / <i>Téléphone</i>	E-mail / <i>E-mail</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Address / *Adresse*

Fatality <i>Décès</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	Injuries sustained / <i>Blessures subies</i> <input type="text"/>
Injury <i>Blessure</i>	Yes <i>Oui</i>	<input type="checkbox"/>	No <i>Non</i>	<input type="checkbox"/>	

Date _____ Title / *Titre* _____ Name / *Nom* _____

Signature _____

Date _____ Title / Titre _____ Name / Nom _____

Signature _____