

FEUILLE DE TRAVAIL À LA SUITE D'UNE COLLISION

Date :	Heure :
Endroit :	Conditions météorologiques :
Conditions routières :	
Vitesse approximative du véhicule ou des véhicules :	
Description de la collision :	
Diagramme de la collision :	

A Votre véhicule
B L'autre véhicule
C L'autre véhicule

INFORMATIONS CONCERNANT L'AUTRE CONDUCTEUR OU CONDUCTRICE

Prénom et nom :	
Adresse :	Téléphone :
Numéro de permis de conduire :	Numéro de plaque du véhicule :
Marque et couleur du véhicule :	
Propriétaire immatriculé du véhicule :	
Numéro d'identification du véhicule :	
Compagnie d'assurance :	
Numéro de la police d'assurance :	Date d'expiration :
Dommages subis par le véhicule :	
Nombre de passagers : Position dans le véhicule : Position dans le véhicule : Position dans le véhicule :	Prénoms et noms :
Prénom et nom :	
Adresse :	Téléphone :
Numéro de permis de conduire :	Numéro de plaque du véhicule :
Marque et couleur du véhicule :	
Propriétaire immatriculé du véhicule :	
Numéro d'identification du véhicule :	
Compagnie d'assurance :	
Numéro de la police d'assurance :	Date d'expiration :
Dommages subis par le véhicule :	

Nombre de passagers : Position dans le véhicule : Position dans le véhicule : Position dans le véhicule :	Prénoms et noms :
TÉMOINS	
Prénom et nom :	
Adresse :	Téléphone :
Prénom et nom :	
Adresse :	Téléphone :
Prénom et nom :	
Adresse :	Téléphone :
AGENT.E DE POLICE SUR LES LIEUX	
Prénom et nom :	
Numéro de matricule :	Division :
Téléphone :	
OPÉRATEUR DE LA DÉPANNEUSE	
Nom de l'entreprise :	
Nom du chauffeur :	
Numéro de la dépanneuse :	Téléphone :
L'adresse à laquelle le véhicule fut remorqué :	