



NAVY LEAGUE INCIDENT FORM

RAPPORT D'INCIDENT DE LA LIGUE NAVALE



The Navy League of Canada,
National Office
221-815 St. Laurent Boulevard
Ottawa, ON K1K 3A7

La Ligue navale du Canada
Bureau national
815 boulevard St. Laurent, salle 221
Ottawa, ON K1K 3A7

Report Procedure – Report must be presented as soon as possible after the incident. Please answer all questions in full and submit the completed form to your Commanding Officer. Completed form must be forwarded to Division within 30 days of the incident.

PERSONAL DETAILS					
<i>Status: Check One</i>	Cadet <input type="checkbox"/>	Officer <input type="checkbox"/>	Volunteer <input type="checkbox"/>	<i>Date of Birth: (DD-MMM-YYYY)</i>	
<i>Gender:</i>	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	Non-Binary <input type="checkbox"/>		
<i>Name:</i>	<small>First</small>	<small>Last</small>			
<i>Home Address:</i>			<i>City:</i>		<i>Province:</i>
<i>Contact Number:</i>	<small>Home:</small>	<small>Cell:</small>	<i>Postal Code:</i>		

DETAILS OF INCIDENT			
Please explain circumstance/details: (Use additional paper as required)			
<i>Location of the Incident:</i>		<i>Did the Individual Seek Medical Attention? (Check One)</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>Incident Date: (DD-MMM-YYYY)</i>	<i>Incident Time:</i>		
<i>Signature of Parent/Guardian, if applicable</i>	<small>Print Name</small>	<small>Signature</small>	

WITNESS STATEMENTS (Use additional paper as required)		
<i>Signed:</i>	<small>Print Name</small>	<small>Signature</small>

OFFICE USE ONLY			
<i>Approved Activity: (Check One)</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Attach LOI, as required</i>			
<i>Officer In Charge:</i>	<small>Rank</small>	<small>Print Name</small>	<small>Signature</small>
<i>Branch President:</i>	<small>Print Name</small>		<small>Signature</small>



NAVY LEAGUE INCIDENT FORM

RAPPORT D'INCIDENT DE LA LIGUE NAVALE



Procédure de rapport – Le rapport doit être présenté dès que possible après l'incident. Veuillez répondre à toutes les questions dans leur intégralité et soumettre le formulaire dûment rempli à votre commandant. Le formulaire dûment rempli doit être envoyé à la Division dans les 30 jours suivant l'incident.

DETAILS PERSONNELS					
Statut : Cocher une case	Cadet <input type="checkbox"/>	Officier <input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>	Date de naissance : (JJ-MMM-YYYY)	
Sexe : Cocher une case	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Non binaire <input type="checkbox"/>		
Nom:	Nom		Prénom		
Adresse personnelle:		Ville:		Province:	
Numéro de téléphone :	Domicile:	Cell:	Code postal:		

DÉTAILS DE L'INCIDENT			
S'il vous plaît expliquer circonstance/Détails: (Utilisez du papier supplémentaire selon les besoins)			
Lieu de l'incident		La personne a-t-elle demandé des soins médicaux? (Cocher une case)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de l'incident (JJ-MMM-AAAA)		Heure de l'incident:	
Signature du parent/tuteur si applicable	Nom en lettres moulées	Signature	

DÉCLARATIONS DES TÉMOINS (Utilisez du papier supplémentaire selon les besoins)		
Signé le:	Nom en lettres moulées	Signature

USAGE DU BUREAU SEULEMENT			
Activité approuvée: (Cocher une case)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Joindre la lettre d'intention
Officier responsable:	Grade	Nom en lettres moulées	Signature
Président de la succursale :	Nom en lettres moulées		Signature