

Print het formulier, vul in of kruis aan, stuur naar zim@zadkine.nl

INCIDENTGEGEVENS

Kies tijdstip of periode	<input type="checkbox"/> Tijdstip Datum: <input type="text"/>	Dagdeel: <input type="checkbox"/> buiten schooltijd
	Tijd: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tijdens lestijd
	<input type="checkbox"/> Periode Datum: <input type="text"/>	Einddatum: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> tijdens pauze/buiten lestijd	

LOCATIEADRES:

Naam melder: Functie:

WAAR

BINNEN SCHOOLGEBOUW

- Hal/entree
 Theorielokaal
 Praktijklokaal
 Gang
 Trappenhuis
 Lift
 Kantine, overblijfruimte
 Administratie
 Docentenkamer

- Toilet/voorportaal
 Bij de kluisjes
 Gymzaal
 Kleedkamer

OP HET SCHOOLTERREIN

- Schoolplein
 in/bij fietsenstalling
 op/bij parkeerterrein

OMGEVING VAN SCHOOL

- Straat
 Stageadres
 Thuis bij slachtoffer(s)
 Thuis bij dader(s)

 ANDERS, te weten:

Exacte LOCATIEAANDUIDING (bijv. ruimtenummer) vermelden in toelichting

INCIDENTTYPE

DIRECT TEGEN PERSONEN

- Verbaal geweld
 Bedreiging
 Fysiek geweld
 Grove pesterijen
 Afpersing
 Valse beschuldiging
 Vechtpartij
 Seksuele intimidatie
 Seksueel misbruik
 Loverboy (-girl)

INDIRECT TEGEN PERSONEN/
SCHOOL

- Vernieling
 Diefstal
 Heling
 Fraude
 Inbraak

GEZONDHEID

- Gezondheid
 Ongeval zonder letsel
 Ongeval met licht letsel
 Ongeval met zwaar letsel

GOEDEREN

- Wapenbezit
 Wapengebruik
 Wapenverkoop
 Drugsbezit
 Drugsgebruik
 Drugsverkoop
 Alcoholgebruik
 Vuurwerkbezit
 Vuurwerkgebruik

 ANDERS, te weten:

WAARMEE

WAPENS

- Steekwapens
 Vuurwapens
 Gebruiksvoorwerp overig

TECHNISCH/DIGITAAL

- Via internet op school
 Via internet
 Via mobiele telefoon
 Andere digitale diensten

 ANDERS, te weten:

TOELICHTING

Met de gegevens in dit formulier wordt vertrouwelijk omgegaan. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is van toepassing

Afgehandeld

Voor aanlevering van dit formulier a.u.b. ook pagina 2 invullen

Vul in of kruis aan, indien van toepassing

BETROKKENEN

BETROKKENE
1

Naam:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V	Klas:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
ID:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	Afdeling:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	
ROL BIJ INCIDENT						
<input type="checkbox"/> Dader	<input type="checkbox"/> Slachtoffer	<input type="checkbox"/> Getuige	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)			
ROL OP SCHOOL						
<input type="checkbox"/> Medewerker	<input type="checkbox"/> Stagiair(e)	<input type="checkbox"/> Gast/bezoeker				
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Uitzendkracht	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)				
MOTIEF						
LETSEL						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Behandeling door:	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Ambulancepersoneel		
<input type="checkbox"/> Opname in ziekenhuis		<input type="checkbox"/> EHBO ter plaatse	<input type="checkbox"/> Huisarts(enpost)			
TOELICHTING						

BETROKKENE
2

Naam:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V	Klas:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
ID:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	Afdeling:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	
ROL BIJ INCIDENT						
<input type="checkbox"/> Dader	<input type="checkbox"/> Slachtoffer	<input type="checkbox"/> Getuige	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)			
ROL OP SCHOOL						
<input type="checkbox"/> Medewerker	<input type="checkbox"/> Stagiair(e)	<input type="checkbox"/> Gast/bezoeker				
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Uitzendkracht	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)				
MOTIEF						
LETSEL						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Behandeling door:	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Ambulancepersoneel		
<input type="checkbox"/> Opname in ziekenhuis		<input type="checkbox"/> EHBO ter plaatse	<input type="checkbox"/> Huisarts(enpost)			
TOELICHTING						

BETROKKENE
3

Naam:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V	Klas:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
ID:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	Afdeling:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	
ROL BIJ INCIDENT						
<input type="checkbox"/> Dader	<input type="checkbox"/> Slachtoffer	<input type="checkbox"/> Getuige	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)			
ROL OP SCHOOL						
<input type="checkbox"/> Medewerker	<input type="checkbox"/> Stagiair(e)	<input type="checkbox"/> Gast/bezoeker				
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Uitzendkracht	<input type="checkbox"/> Anders (in toelichting)				
MOTIEF						
LETSEL						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Behandeling door:	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Ambulancepersoneel		
<input type="checkbox"/> Opname in ziekenhuis		<input type="checkbox"/> EHBO ter plaatse	<input type="checkbox"/> Huisarts(enpost)			
TOELICHTING						

Meer betrokkenen?
Gebruik
extra formulier(en)!