



החברה העירונית ראשון לציון לביטחון וסדר ציבורי

אגף חירום וביטחון מוסדות חינוך

ימולא על ידי המוסד החינוכי ויועבר לקב"ט ולמפקח

תאריך _____ שעה _____

לכבוד

קב"ט מוס"ח _____ שם הרשות _____

מאת: מנהל/ ת בית הספר / גן ילדים שם פרטי _____ שם משפחה - _____

שם הרשות _____ טל' משרד _____ טל' נייד _____

פקס _____ דוא"ל _____

הנדון : דוח אירוע חירום חריג

מקום האירוע _____ תאריך האירוע _____ שעת האירוע - _____

גורם / סיבת האירוע - -

אלימות מפגע בטיחותי תאונה עצמית פיגוע אחר (הקף בעיגול)

שם הנפגע _____ גיל _____ שם ביה"ס _____ כתה - -

כתובת(_____ מגורי הנפגע - .)

שם הורי הנפגע _____ טלפון בית _____ :טלפון נייד _____ :

האם בוצע פינוי ולאן(שם ביה"ח בו מאושפז _____)

מצבו הרפואי - _____

תיאור האירוע - - קצר ותמציתי _____

פעולות ראשונות שנגקטו _____

מסקנות ראשונות - _____

המשך טיפול(באם יש נא לפרט - _____)

המדווח: שם פרטי ומשפחה _____ תפקיד _____

טל' נייד _____ טל' משרד _____ חתימה _____