

Incidentrapport Lemshaga Akademi

Formulär som skickas till huvudman

Datum och tid för händelsen	
Typ av händelse	<input type="checkbox"/> Olyckshändelse skada <input type="checkbox"/> Skadegörelse <input type="checkbox"/> Allvarlig konflikt <input type="checkbox"/> Verbal kränkning <input type="checkbox"/> Kränkning på nätet/sociala medier <input type="checkbox"/> Fysisk kränkning <input type="checkbox"/> Utfrysning <input type="checkbox"/> Annan
Kort beskrivning av händelsen (<i>ej namn</i>)	
Vid kränkning, ange vilka inblandade det gäller (<i>vid annan händelse, lämna tomt</i>)	<input type="checkbox"/> Elev kränker elev <input type="checkbox"/> Elev kränker personal <input type="checkbox"/> Elev kränker extern <input type="checkbox"/> vuxen <input type="checkbox"/> barn <input type="checkbox"/> Personal kränker elev <input type="checkbox"/> Personal kränker personal
Regelbundenhet	<input type="checkbox"/> Enstaka tillfälle <input type="checkbox"/> Upprepat tillfälle <input type="checkbox"/> Oklart
Vilka andra fanns på plats?	<input type="checkbox"/> Vuxen/vuxna <input type="checkbox"/> Elev/elever <input type="checkbox"/> Ingen/ inga andra
Händelsen inträffade under följande aktivitet	<input type="checkbox"/> Lektion <input type="checkbox"/> Rast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Fritids <input type="checkbox"/> Förflyttningar <input type="checkbox"/> Övrigt:
Händelsen inträffade på följande plats	<input type="checkbox"/> Lektionssal _____ <input type="checkbox"/> Hall/ korridor _____ <input type="checkbox"/> Skolgården _____ <input type="checkbox"/> Matsal _____ <input type="checkbox"/> Annan plats:
Kan händelsen ha filmats av övervakningskameror?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Klockslag: Kamerans plats:
Finns det annan dokumentation kopplad till händelsen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (t.ex. foton, screenshots, mail, klotter, egna anteckningar)
Vilka åtgärder har redan tagits i samband med händelsen? Vid olycka: Vad har gjorts/kan göras för att olyckan inte ska upprepas?	
Vilka har informerats?	<input type="checkbox"/> Mentorer <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Övrig personal <input type="checkbox"/> Ingen
Bedömer du att ytterligare åtgärder behöver tas?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, akut
Anmälarens namn	
Kontaktuppgifter till anmälare (<i>gäller ej anställd på skolan</i>)	Telefonnummer: _____ e-post: _____

Incidentrapport Lemshaga Akademi

Formulär som tillsammans med ovan dokumenteras på skolan

Namn och klass på den/de som påstås ha utfört handlingen. Vid konflikt, ange alla delaktigas namn här.	Namn:	Klass:
Vårdnadshavare till elev/elever som påstås ha utfört eller deltagit i handlingen.	Namn:	Telefon:
Mentor till elev/elever som påstås ha utfört eller deltagit i handlingen.	Namn:	Telefon:

Namn och klass på den som blivit drabbad av eller utsatt i händelsen.	Namn:	Klass:
Vårdnadshavare till elev som blivit drabbad/utsatt.	Namn:	Telefon:
Mentor till elev som blivit drabbad/utsatt.	Namn:	Telefon:

Namn och telefonnummer till övrig person/personer som berörts/bevittnat/agerat i ärendet.	Namn:	Telefon:
---	-------	----------