



<b>Incidentrapport</b>		
<b>Avser</b> <input type="checkbox"/> Olycksfall/tillbud	<input type="checkbox"/> Kränkning/Diskriminering	<input type="checkbox"/> EHT
<b>Datum för händelse:</b>		
<b>Anmälare:</b>		
<b>Elev:</b>	<b>Personnummer</b>	
<b>När:</b>		
<b>Var:</b>		
<b>Beskriv händelse:</b>		
<b>Orsak till händelse:</b>		
<b>Åtgärd:</b>		
<b>Kontakt vårdnadshavare</b>		
<b>Uppföljning</b>		
<b>Ärende till EHT</b>		
<b>Studier</b>	<b>Närvaro</b>	<b>Social situation</b>