

INCIDENTGEGEVENS

<i>Kies tijdstip óf periode</i>	<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"/> tijdens pauze/buiten lestijd
	<input type="checkbox"/> Periode Datum: <input type="text"/>	Einddatum: <input type="text"/>

LOCATIEADRES:	<input type="text"/>
Naam melder:	<input type="text"/>
Functie:	<input type="text"/>

WAAR

BINNEN SCHOOLGEBOUW <input type="checkbox"/> Hal/entree <input type="checkbox"/> Theorielokaal <input type="checkbox"/> Praktijklokaal <input type="checkbox"/> Gang <input type="checkbox"/> Trappenhuis <input type="checkbox"/> Lift <input type="checkbox"/> Kantine, overblijfruimte <input type="checkbox"/> Administratie <input type="checkbox"/> Docentenkamer	<input type="checkbox"/> Toilet/voorportaal <input type="checkbox"/> Bij de kluisjes <input type="checkbox"/> Gymzaal <input type="checkbox"/> Kleedkamer OP HET SCHOOLTERREIN <input type="checkbox"/> Schoolplein <input type="checkbox"/> in/bij fietsenstalling <input type="checkbox"/> op/bij parkeerterrein	OMGEVING VAN SCHOOL <input type="checkbox"/> Straat <input type="checkbox"/> Stageadres <input type="checkbox"/> Thuis bij slachtoffer(s) <input type="checkbox"/> Thuis bij dader(s) <input type="checkbox"/> ANDERS, te weten: <input type="text"/>
---	--	---

Exacte LOCATIEAANDUIDING (bijv. ruimtenummer) vermelden in toelichting

INCIDENTTYPE

DIRECT TEGEN PERSONEN <input type="checkbox"/> Verbaal geweld <input type="checkbox"/> Bedreiging <input type="checkbox"/> Fysiek geweld <input type="checkbox"/> Grove pesterijen <input type="checkbox"/> Afpersing <input type="checkbox"/> Valse beschuldiging <input type="checkbox"/> Vechtpartij <input type="checkbox"/> Seksuele intimidatie <input type="checkbox"/> Seksueel misbruik <input type="checkbox"/> Loverboy (-girl)	INDIRECT TEGEN PERSONEN/ SCHOOL <input type="checkbox"/> Vernieling <input type="checkbox"/> Diefstal <input type="checkbox"/> Heling <input type="checkbox"/> Fraude <input type="checkbox"/> Inbraak GEZONDHEID <input type="checkbox"/> Gezondheid <input type="checkbox"/> Ongeval zonder letsel <input type="checkbox"/> Ongeval met licht letsel <input type="checkbox"/> Ongeval met zwaar letsel	GOEDEREN <input type="checkbox"/> Wapenbezit <input type="checkbox"/> Wapengebruik <input type="checkbox"/> Wapenverkoop <input type="checkbox"/> Drugsbezit <input type="checkbox"/> Drugsgebruik <input type="checkbox"/> Drugsverkoop <input type="checkbox"/> Alcoholgebruik <input type="checkbox"/> Vuurwerkbezit <input type="checkbox"/> Vuurwerkgebruik <input type="checkbox"/> ANDERS, te weten: <input type="text"/>
---	--	---

WAARMEE

WAPENS <input type="checkbox"/> Steekwapens <input type="checkbox"/> Vuurwapens <input type="checkbox"/> Gebruiksvoorwerp overig	TECHNISCH/DIGITAAL <input type="checkbox"/> Via internet op school <input type="checkbox"/> Via internet <input type="checkbox"/> Via mobiele telefoon <input type="checkbox"/> Andere digitale diensten	<input type="checkbox"/> ANDERS, te weten: <input type="text"/>
--	---	---

TOELICHTING

