



FORMULAIRE D'INSCRIPTION / ENTRY FORM / ANMELDUNGSFORMULAR

Competition (Name/Place)/Manifestation (Nom/Lieu)/Veranstaltung (Name/Ort) <input type="text"/>		Date of race / Date de la course / Datum des Wettkampfs <input type="text"/>
Responsible for entry/Responsable de l'inscription/ Verantwortlich f. Meldung <input type="text"/>		Category Catégorie Kategorie
National Association/Fédération Nationale/Nationaler Verband <input type="text"/>		WC <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> FIS <input type="checkbox"/> CIT <input type="checkbox"/> UNI <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> JUN <input type="checkbox"/> CHI <input type="checkbox"/>

COMPETITORS / COUREURS / WETTKÄMPFER

L / M

FIS Code	Surname, First Name Nom de famille, Prénom Familiennamen, Vorname	YB AN JG	DH	SL	GS	SG	SC/C	NTE	Arrival Arrivée Anreise	Departure Départ Abreise

Entry with FIS points / Inscription avec points FIS / Anmeldung mit FIS Punkten
Entry without FIS points / Inscription sans points FIS / Anmeldung ohne FIS Punkte
No entry / Pas de participation / Keine Teilnahme

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / ENTRY FORM / ANMELDUNGSFORMULAR

OFFICIALS / OFFICIELS / OFFIZIELLE			
Surname, First Name Nom de famille, Prénom Familiennamen, Vorname	Arrival Arrivée Anreise	Departure Départ Abreise	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Team Captain / Chef d'équipe / Mannschaftsführer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Trainer / Entraîneur / Trainer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Doctor / Médecin / Arzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Physiotherapist / Masseur / Masseur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Technicians / Techniciens / Techniker
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Service personnel / Personnel de service / Servicepersonal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Place, Date / Lieu, Date / Ort, Datum			Signature Signature / Unterschrift (please print and sign)
<input type="text"/>			