



Le Locle
La Chaux-de-Fonds
2010

Institution/Institution/Istituzione

Verantw. Leiter/Moniteur resp/Istruttore responsabili
Leiter/Moniteur/Istruttore
Staff
Famille/Accompagnant/Famiglia

Sexe M F

Diät/Régime alimentaire/Dieta: _____

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Adresse/Adresse/Indirizzo

PLZ Ort/ NPA/Lieu/Luogo

PHOTO

*beiliegend
annexée
annessò*

Y N

Geburtsdatum / Date de naissance / Data di nascita

Tel. Privat/Natel/Tél privé/Natel/

E- Mail Adresse/Adresse E-Mail/

Vom verantwortlichen Leiter auszufüllen

A remplir par le moniteur responsable

Da compilare dal monitore responsabile

Ankunftszeit/Heure d'arrivée/Ora arrivo _____

Zug/Train/Treno

Ankunftszeit/Heure d'arrivée/Ora arrivo _____

Mannschaft/Equipe/Squadra**Stärke/Force/Forza**1 2 3 4 5 **ATHLET 1****Name/Nom/Cognome****Vorname/Prénom/Nome****Institution/Institution/Istituzione****PHOTO***beiliegend
annexée
annesso*Y N **Männlich/Masculin** **Weiblich/Feminin** **Geburtsdatum /Date de naissance /Data di nascita**

Medizinisches Formular / Formulaire médical / Formulario medico

Y N **Behinderung
Handicap**Sehbehinderung / Visuel / Visivo Taubheit / Surdité / Sordit  Rollstuhl / Faut. Roulant / Carrozzella Anderes/Autre/Altro **ATHLET 2****Name/Nom/Cognome****Vorname/Prénom/Nome****Institution/Institution/Istituzione****PHOTO***beiliegend
annexée
annesso*Y N **Männlich/Masculin** **Weiblich/Feminin** **Geburtsdatum /Date de naissance /Data di nascita**

Medizinisches Formular / Formulaire médical / Formulario medico

Y N **Behinderung
Handicap**Sehbehinderung / Visuel / Visivo Taubheit / Surdité / Sordit  Rollstuhl / Faut. Roulant / Carrozzella Anderes/Autre/Altro

ATHLET 3 (als Partner/comme partenaire)

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Institution/Institution/Istituzione**PHOTO***beiliegend
annexée
annesso*Y N Männlich/Masculin Weiblich/Feminin **Geburtsdatum /Date de naissance /Data di nascita****(ATHLET 2)**

Medizinisches Formular / Formulaire médical / Formulario medico

Y N **Behinderung
Handicap**Sehbehinderung / Visuel / Visivo Taubheit / Surdité / Sordit  Rollstuhl / Faut. Roulant / Carrozzella Anderes/Autre/Altro **Partner / Partenaire**

Name/Nom/Cognome

Vorname/Prénom/Nome

Adresse/Adresse/Indirizzo**PLZ Ort/ NPA/Lieu/Luogo****PHOTO***beiliegend
annexée
annesso*Y N **Geburtsdatum /Date de naissance /Data di nascita**

Medizinisches Formular / Formulaire médical / Formulario medico

Y N **Behinderung
Handicap**Sehbehinderung / Visuel / Visivo Taubheit / Surdité / Sordit  Rollstuhl / Faut. Roulant / Carrozzella Anderes/Autre/Altro