



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION / ENTRY FORM / ANMELDUNGSFORMULAR**

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