

INJURY FORM
DÉCLARATION DE BLESSURE
VERLETZTEN FORMULAR

- **due to injury, professional obligations, military service or pregnancy**
- *en raison de blessure, d'études ou d'obligations professionnelles, militaires ou gravidité*
- wegen Verletzung, beruflicher Verhinderung, Militär oder Schwangerschaft

<p>If a competitor has an injury, the National Ski Association has to send in this form together with the medical certificate latest April 30th (see FIS points Rulebook 4.2.7). Later requests will not be considered.</p>	<p>Au cas où un concurrent est blessé, la Fédération Nationale de Ski doit envoyer ce formulaire avec un certificat médica jusqu'au 30 avril. (voir règlement des points FIS 4.2.7). Des demandes arrivées après ce délai ne seront plus considérées.</p>	<p>Wenn ein Wettkämpfer verletzt ist, muss bis spätestens 30. April vom Nationalen Ski Verband dieses Formular zusammen mit einem ärztlichen Zeugnis an die FIS eingereicht werden (siehe FIS Punktereglement 4.2.7). Später eintreffende Gesuche werden nicht berücksichtigt.</p>
---	--	---

Details of the injured athlete / détails de l'athlète blessé / Angaben zu dem verletzten Athleten.							
Name, First Name / Nom, prénom / Name, Vorname			Address / Adresse / Adresse				
Code number / Numéro de code / Code Nummer							
Details of the accident / détails de l'accidenté / Angaben zu dem Unfall.							
Date <i>Date</i> Datum		Place <i>Lieu</i> Ort					
Type of injury / Nature de la blessure / Art der Verletzung							
Duration of inability to compete <i>Durée de l'incapacité de concourir</i> Dauer der Startunfähigkeit							
FIS points at the time of the accident <i>Points FIS au moment de l'accident</i> FIS-Punkte zum Zeitpunkt der Verletzung		MO/DM FIS points	AE FIS points	SX FIS points	HP FIS points	SS FIS points	BA FIS points
		PAR FIS points	SBX FIS points	HP FIS points	SS FIS points	BA FIS points	
Date <i>Date</i> Datum		Signature of the injured: <i>Signature de l'accidenté:</i> Unterschrift des Verletzten:					
Enclosure: Medical certificate <i>Annexe: Certificat médical</i> Beilage: Ärztliches Zeugnis							