



FEDERATION INTERNATIONALE DE SKIBOB

UNFALLBERICHT

Wettkampfname und Ort:	
Durchführend. Verband/Verein:	
Wettkampfdatum:	

Bewerb (zutreffendes bitte ankreuzen)

SL RSL SG Training Besichtigung Sonstiges

Angaben zum Schadenfall

Vorfall vom (Datum)	Uhrzeit:	Ort:
Unfall-/Schadenshergang Verletzungsart/Schaden (bitte geben Sie auch an, wen ein Verschulden trifft)		

Sonstiges:

Erstversorgung durch:	
Rettungsdienst verständigt:	
Weitere Behandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Uhrzeit:
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> durch wen:

Geschädigter:

Vorname, Familienname, Titel	Geburtsdatum	
Straße, Platz, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon (inkl. Vorwahl)		

Schadensverursacher bei Fremdverschulden:

Vorname, Familienname, Titel	Geburtsdatum	
Straße, Platz, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon (inkl. Vorwahl)		

Ort und Datum:

.....
Name TD-FISB

.....
Unterschrift TD-FISB