

FIS 格式

第 10 回志賀高原アルペンステップアップポイントレース

開 催 要 項

主 催	(財)長野県スキー連盟
主 管	志賀高原スキークラブ
後 援	山ノ内町・山ノ内町教育委員会・志賀高原観光協会・志賀高原旅館組合 志賀高原寮組合・志賀高原リゾート開発(株)
日 程	1 月 24 日 16:00 チームキャプテンミーティング 志賀高原総合会館 98 25 日 09:00 男女 大回転 西館山スキー場 26 日 09:00 男女 大回転 西館山スキー場
参加資格	FIS ポイント登録者である事。 FIS 公認競技会参加に伴う選手宣誓書にサイン済みの者。 2009 年 12 月 31 日現在で満 15 歳以上である事。定員各 140 名。 1. FIS ポイント (SL/GS) 男子 40 位以内 女子 40 位以内 大学 30 位以内 大学 40 位以内 高校 50 位以内 高校 55 位以内 FIS ポイント (SG) 男子 90 位以内 女子 90 位以内 大学 40 位以内 大学 40 位以内 高校 60 位以内 高校 60 位以内 2. 1. を除く SAJ ポイント (3 種目共通) 1994 生は 09/10SAJ ポイントリスト#3 から適用 男子 大学 15 位以内 女子 大学 40 位以内 高校 35 位以内 高校 55 位以内 中学 15 位以内 中学 20 位以内 3. チルドレンランキング (1994 生) 男子 30 位以内 女子 40 位以内 4. 開催県推薦 男子 50 名 女子 50 名 内 20 名がプロテクト対象
エントリーオーバー時	140 名の定員を超えた場合は、一般 (社会人・大学生)・高校生は FIS ポイントの下位の者から参加資格を失う。中学生は SAJ ポイント下位の者から参加資格を失う。その際 1 名多い場合は一般、2 名多い場合は一般と高校、3 名多い場合は一般・高校・中学から各 1 名とし、それ以上は定員まで繰り返す。
参加料	1 レース 5,000 円 (大会開催協力金 1,000 円を内に含みます)
申込方法	参加希望者は、エントリーフォームに必要事項記載の上現金書留にて各県連単位に (学連も同様) 下記申し込み先に送付する事。個人申し込みは一切受け付けない。(FAX も受け付けない) また、納入した参加料は事情の如何に関わらず返金しない。
申込期限	2009 年 1 月 19 日 14:00 必着
競技規則	この大会に定められている規則のほかは、FIS の競技規則最新版による。
傷害保険	出場者は SAJ スキー安全会またはこれに準ずる傷害保険に加入すること。 出場者が競技中に傷害を受けた場合、主催者は応急処置のみ行なうほかは責任を負わない。 長野県スキー連盟スキー大会共済保険の規定により対応する。
参加申込先 大会本部	〒381-0401 長野県下高井郡山ノ内町志賀高原蓮池 志賀高原スキークラブ 第 10 回志賀高原アルペンステップアップポイントレース大会事務局 TEL 0269-34-2617 担当 児玉、宮津 http://www.shigakogen.net/

宿泊について	本大会の宿泊は各自手配とします。 本大会開催にご協力いただいている施設では大会特別料金を設定しております。 税込み 1 泊 2 食付き 参加選手本人 6,500 円 コーチ引率その他同行者の方 7,500 円
志賀高原観光協会にて宿泊の相談を受けております。 TEL 0269-34-2404	

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"/>			