

**Bericht Straße / Bahn / Cyclo-Cross / MTB**

Straße	
Bahn	
Cyclo-Cross    MTB	

**Veranstaltungsdaten:**

Veranstaltungsort:		Datum:	
Titel der Veranstaltung:			
Ausrichter:			
Ansprechpartner Ausrichter:			
Telefon:		E-Mail:	

**Verfasser des Berichtes:**

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
Telefon:		E-Mail:	

**Kommissärskollegium**

Nachname	Vorname	Qualifikation	Funktion
		LV    BDR    UCI/NE	

**Sprecher:**

Nachname	
Vorname	

**Medizinische Versorgung (Ärzte):**

Rennarzt (Name, Vorname)	
Sanitätsdienst (Bsp. DRK xxx)	

**Rennunterlagen**

Preisschema korrekt		ja		nein
Ausschreibung	korrekt	ja		nein
	eingehalten	ja		nein

**Rennbüro**

Lizenz Kontrolle durch:			ja		nein
Starterlisten und Ergebnisse korrekt erstellt			ja		nein
Ergebniserstellung innerhalb von 30 Minuten nach Vorlage durch den Zielrichter			ja		nein
Zusammenarbeit Kommissäre mit Organisation OK			ja		nein

**Zielfilm - Zeitnahme:**

Zielfilm - Zeitnahme			ja		nein
Video			ja		nein
Transponder			ja		nein
elektronische Zeitnahme			ja		nein

**Start und Ziel**

Spanntuch START / ZIEL, Zielstrich vorhanden			ja		nein
Zielgerade	Länge und Breite ausreichend		ja		nein

**Bemerkungen / Kommentare / Vorkommnisse / Bestrafungen:**

--

<b>Datum:</b>		<b>Unterzeichner:</b>	
---------------	--	-----------------------	--

<b>Bericht an:</b> Roland Arendt	<b>E-Mail:</b> roland.arendt@radsportverband.de
----------------------------------	---

<b>Anlagen:</b> Ergebnisse, abgehakte Starterlisten, Kosten-Abrechnung
--