



DISTRICT DE FOOTBALL DU MORBIHAN

**COUPE DEPARTEMENTALE FUTSAL U14**  
**FEUILLE DE MATCH**

Feuille à compléter et à remettre au responsable de salle

**JOURNEE DU :**  **SAMEDI 22 Février 2020**

**Grandchamp**

**RDV**

**9h**

**CLUB :**

N°	NOM Prénom	N° de LICENCE	CATEGORIE (entourer la catégorie)				
			U14G	U14F	U13G	U13F	U15F
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

**Prévoir son eau, sa trousse 1ers soins, son ballon Futsal**

<b>NOM de l'Eduteur:</b>	<input type="text"/>	<b>Diplôme :</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>N° de Licence:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NOM du Dirigeant :</b>	<input type="text"/>	<b>N° de Licence:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>NOM de L'arbitre</b>	<input type="text"/>	<b>N° de Licence:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Correspondant @ :</b>	<input type="text"/>				