

DECLARATION MATCH AMICAL SAISON 2024

Categories

SENIORS <input type="checkbox"/>	FEMININES <input type="checkbox"/>	U19 <input type="checkbox"/>
PROMOS <input type="checkbox"/>	ENTREPRISE <input type="checkbox"/>	U17 <input type="checkbox"/>
VETERANS <input type="checkbox"/>	FUTSAL <input type="checkbox"/>	U15 <input type="checkbox"/>

Date

Heure(s) coup d'envoi

.....

..... /

Terrain de la rencontre / Ville Concernée

.....

CLUB RECEVANT / DEMANDEUR

N°Affiliation	Nom du Club	Niveau

CLUB VISITEUR

N°Affiliation	Nom du Club	Niveau

Demande d'Arbitres

1 2 3

Date de la Demande:

A : Le:

Signature /Cachet Mairie ou Direction des Sports

Cachet du Club Organisateur

PARTIE RESERVEE A LA LIGUE

ACCORD DE LA COMMISSION

FAVORABLE

DEFAVORABLE

SI FAVORABLE TRANSMISSION CRA pour désignation Arbitres

MERCI D'ETABLIR UNE FEUILLE DE MATCH POUR CHAQUE RENCONTRE

Déclaration à adresser à la LRF par courriel contact@lrf.re