

Date : / /      Heure :      Journée :  
 Lieu :  
 Club organisateur :  
 Nom, prénom, téléphone du Responsable Plateau :  
 .....

## FEUILLE DE MATCH CRITERIUM U14F-U16F



A renvoyer dans les 48h suivant le plateau par courrier ou mail au District du lot de Football

MATCH 1		SCORE	MATCH 2		SCORE
		/			/
AA :	AA :		AA :	AA :	
		/			/
AA :	AA :		AA :	AA :	

AA : noter le nom de l'arbitre assistant en début de la rencontre

CLUB :				CLUB :			
	NOM	PRENOM	N°LICENCE		NOM	PRENOM	N°LICENCE
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
Educateur : (nom et signature)				Educateur : (nom et signature)			

CLUB :				CLUB :			
	NOM	PRENOM	N°LICENCE		NOM	PRENOM	N°LICENCE
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
Educateur : (nom et signature)				Educateur : (nom et signature)			

Observation d'après match (blessures, etc) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du responsable de plateau (nom + signature) :