

PLATEAU FUTSAL U13

CLUB :		
	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
Educateur :		

CLUB :		
	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
Educateur :		

CETTE FEUILLE EST A ADRESSER AU DISTRICT
DANS LES **24 HEURES** QUI SUIVENT LE PLATEAU
PAR LE **CLUB ORGANISATEUR**

Date : _____ Lieu : _____

CLUB :		
	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
Educateur :		

CLUB :		
	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
Educateur :		

NOM, Prénom, Téléphone du responsable du plateau :

DISTRICT DU LOT DE FOOTBALL

715, Côte des Ormeaux

46001 Cahors Cedex 9

NOTER LES RENCONTRES ET LES SCORES

Plateau Futsal à 4 équipes soit 6 matchs / plateau à 5 équipes soit 10 matchs

Chaque equipe se rencontre 1 fois

Temps de jeu maximun : 60 minutes

Match :	Score
Match 1 :	_____ : _____
Match 2 :	_____ : _____
Match 3 :	_____ : _____
Match 4 :	_____ : _____
Match 5 :	_____ : _____
Match 6 :	_____ : _____
Match 7 :	_____ : _____
Match 8 :	_____ : _____
Match 9 :	_____ : _____
Match 10 :	_____ : _____

JOUEURS BLESSES :

NOM, Prénom	Club :	Nature de la Blessure :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :

CLUB :

	NOM, Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Educateur :