

2014-2015 DISTRICT DE LA CREUSE  
 A renvoyer à DISTRICT FOOTBALL CREUSE 17 RUE JEAN  
 BUSSIEREBOITE POSTALE N 223001 GUERET  
 CEDEX

N° match : .....  
 Compétition : .....  
 Journée ou tour : .....  
 Date : ..... / ..... / ..... Org : ..... Tirs  
 Heure : ..... H ..... Chiffres au but  
 Lettres Buts Buts  
 Lettres Buts Buts

N° licence ou C.I. Bén. Off. NOM, Prénom, Localité  
 Arbitre  
 Arb. Assistant  
 Arb. Assistant  
 Délégué(s)

Distance  
 frais  
 ..... km  
 ..... E  
 ..... km  
 ..... E  
 ..... km  
 ..... E  
 ..... km  
 ..... E

Organisateur : .....

\* Mettre un X en regard du joueur concerné \*\* Indiquer le N° du joueur  
 Toute personne figurant sur cette feuille doit être obligatoirement licenciée

Signature de l'arbitre

Après prolongation Oui  Non

N° E xp ts * * * N° lic en ce ou N° C ar te I den tité	NOM Prénom	N° A ver tis * * * N° lic en ce ou N° C ar te I den tité	JONGLERIES			Blessé ** Rempl	JONGLERIES		
			P.D.	P.G.	Tête		Total	P.D.	P.G.
			<b>TOTAL des 8 meilleurs</b>				<b>TOTAL des 8 meilleurs</b>		

R  
E  
B  
C  
A  
E  
N  
V  
C  
A  
N  
T

NOM, Prénom du Capitaine ou du dirigeant responsable (Jeunes) :  
 .....  
 Avant match  
 Certifié conforme

NOM, Prénom du Capitaine ou du dirigeant responsable (Jeunes) :  
 .....  
 Avant match  
 Certifié conforme

Après match  
 Pris connaissance

Après match  
 Pris connaissance

D : Dirigeant - E : Educateur - M : Encadrement Médical

