

FESTIVAL UH CREDIT AGRICOLE
FEUILLE DE MATCH



Phase Départementale

Date :

Lieu :

Nom de l'équipe :

N°	NOM	PRENOM	Date de naissance	N° licence
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

FONCTION	NOM	PRENOM	Diplôme	N° licence
Educateur				
Dirigeant				

Je m'engage à respecter et à faire respecter auprès de mon encadrement, de mes joueurs(ses) et leurs parents
 les valeurs de la FFF : Plaisir, Respect, Engagement, Tolérance, Solidarité.

Signature de l'éducateur

Commission des Coupes