



FEUILLE DE PLATEAU

U14F

FOOT à 5

District HAUTE GARONNE de Football
 59 Ter Chemin de Verdale 31240 St Jean
 ☎ : 05 62 89 05 30 📠 : 05 62 89 05 35

SAISON 2019 - 2020

DISTRICT HAUTE-GARONNE
DE FOOTBALL

Cadre réservé au District	
Feuille contrôlée par :	
Date :	/ /
Anomalies :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Feuille à retourner par mail avant le mardi minuit au District de Football :

secretariat@haute-garonne.fff.fr

Plateau du Samedi :

Terrain de :

Responsable du plateau :

Téléphone N° :

Temps de jeu : 3 x 20 mn

NIVEAU :	Unique					
PHASE :	1	2				
JOURNEE :	1	2	3	4	5	6

Entourer les
mentions
utiles

Liste des joueuses participantes									
Equipe :									
N°	Nom et Prénom					N° Licence			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Nom et Prénom du dirigeant accompagnateur					N° Licence				

Liste des joueuses participantes									
Equipe :									
N°	Nom et Prénom					N° Licence			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Nom et Prénom du dirigeant accompagnateur					N° Licence				

toutes les zones sur
fonds jaune sont à
renseigner
OBLIGATOIREMENT

Liste des joueuses participantes									
Equipe :									
N°	Nom et Prénom					N° Licence			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Nom et Prénom du dirigeant accompagnateur					N° Licence				

Liste des joueuses participantes									
Equipe :									
N°	Nom et Prénom					N° Licence			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Nom et Prénom du dirigeant accompagnateur					N° Licence				

Le Dirigeant Accompagnateur ou l'Educateur doivent être en possession du listing licence U14F

Joueser blessée	
Nom	
Prénom	
Club	
N° Licence	
Type de blessure	
Intervention médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Téléphone parents	

Joueser blessée	
Nom	
Prénom	
Club	
N° Licence	
Type de blessure	
Intervention médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Téléphone parents	

DATE :
LIEU :

Joueser blessée	
Nom	
Prénom	
Club	
N° Licence	
Type de blessure	
Intervention médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Téléphone parents	

Joueser blessée	
Nom	
Prénom	
Club	
N° Licence	
Type de blessure	
Intervention médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Téléphone parents	

*toutes les zones sur
fonds jaune sont à
renseigner
OBLIGATOIREMENT
(si joueuse(s) blessée(s))*

Joueser blessée	
Nom	
Prénom	
Club	
N° Licence	
Type de blessure	
Intervention médicale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Téléphone parents	

Incident constaté (rapport suit)	