



FEUILLE DE MATCH / PLATEAU U15F

Feuille de match à retourner par mail avant le mardi minuit au District Haute-Garonne de Football

secretariat@haute-garonne.fff.fr

59 Ter chemin de Verdale - 31240 Saint-Jean ☎ 05 62 89 05 30 📠 05 62 89 05 35

Les résultats sont à saisir informatiquement par le club recevant

Responsable du plateau :

N° Téléphone :

Equipe recevante :				
N°	CAT	LICENCE	NOM	PRENOM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Educateur				
Accompagnant				

Equipe 2 :				
N°	CAT	LICENCE	NOM	PRENOM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Educateur				
Accompagnant				

L'éducateur doit être en possession du listing licences U12F-U13F

Equipe 3 :				
N°	CAT	LICENCE	NOM	PRENOM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Educateur				
Accompagnant				

Equipe 4 :				
N°	CAT	LICENCE	NOM	PRENOM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Educateur				
Accompagnant				

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

FOOT à 8
SAISON 2018-2019

PHASE	2		NIVEAU		D4		
JOURNEE	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
POULE	UNIQUE						

DATE :	
LIEU :	



Match	Score

Match	Score

Match	Score

Match	Score

Temps de jeu : 2 rencontres de 1 x 30 mn

Signatures des éducateurs pour validation des scores

Equipe recevant
Equipe 2
Equipe 3
Equipe 4

INCIDENT CONSTATE (rapport suit)

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	

JOUEUSE BLESSEE	
NOM	
PRENOM	
CLUB	
LICENCE	
TYPE DE BLESSURE	
INTERVENTION MEDICALE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>
TELEPHONE PARENTS	