

FEUILLE DE LICENCES-MATCH / U15F FOOT A 8 - DEPARTEMENTAL 2

Feuille de match à retourner au District Haute-Garonne de Football avant le mercredi suivant le plateau

Scanner au format "paysage" la feuille de plateau et l'envoyer au District avant le mardi minuit à l'adresse mail suivante :

SAISON 2021 - 2022



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

competitions@haute-garonne.fff.fr

Les résultats sont à saisir informatiquement par le club recevant avant le lundi 12H suivant le plateau

La feuille de Licences-Match/Plateau doit être renseignée Obligatoirement avant la rencontre

Réservé au District

Responsable du plateau :

Réservé au District

N° Téléphone :

PHASE :	2	3				
JOURNEE	1	2	3	4	5	6

Entourer les mentions utiles

POULE	A	B
DATE :		HEURE :
LIEU :		

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

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

Match		Score	ARBITRES
Match		Score	Nom/Prénom/Licence
			Lic:
Match		Score	Nom/Prénom/Licence
			Lic:
Match		Score	Nom/Prénom/Licence
			Lic:
Match		Score	Nom/Prénom/Licence
			Lic:

Temps de jeu : 2 rencontres de 1x40 mn

Signatures des éducateurs pour validation des scores

Equipe recevante
Equipe 2
Equipe 3
Equipe 4

Inf les nouvelles formations



Réservé au District

L'éducateur doit être en possession du listing licences joueurs (obligatoire)

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

Réservé au District

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

A renseigner si joueuse blessée

*A renseigner
OBLIGATOIREMENT
(si joueur(s) blessé(s))*

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

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

INCIDENT CONSTATE (rapport suit)

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

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

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

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