

# 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 2022 - 2023



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

[competitions@haute-garonne.fff.fr](mailto: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 :

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

Réservé au District

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

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

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

Réservé au District

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

PHASE :	2	3
JOURNEE	1	2 3 4 5 6

Entourer les mentions utiles

POULE	A	B
DATE :		HEURE :
LIEU :		

Match		Score	ARBITRES
			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



**A renseigner si joueuse blessée**

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

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	

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	