

# FEUILLE DE PLATEAU - Qualification FESTIVAL U13 PITCH



Équipes Garcons - Filles (cocher la case FEM)

## Utilisation de la plateforme FAL

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

Feuille de plateau à déposer avant le mercredi suivant le plateau

Responsable du plateau :

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

N° Téléphone :

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

L'éducateur doit être en possession du listing licences U13 ou U13F

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

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

SAISON 2025-2026

TOUR	1er Tour											
POULE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	M	N	O	P	Q							

Entourer les mentions utiles



Entourer la mention utile

DATE :	14H00
LIEU :	ARBITRES
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:
Match	Score TAB Nom/Prénom/Licence
	Lic:

Signatures des éducateurs pour validation des scores	<u>Plateau de 4 équipes</u>
Equipe recevante	
Equipe 2	<u>Plateau de 3 équipes</u>
Equipe 3	
Equipe 4	

Plateau de 4 équipes

Temps de jeu : 3 rencontres de 1 x 20 mn

Plateau de 3 équipes

Temps de jeu : 2 rencontres de 1 x 30 mn

Toutes les zones sur fonds jaune sont à renseigner OBLIGATOIREMENT

*Toutes les zones sur fond jaune*

*sont à renseigner*

**OBLIGATOIREMENT**

*(si joueur(s) blessé(s))*

**JOUEUR BLESSE**

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

**INCIDENT CONSTATE ( rapport suit )****JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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

**JOUEUR BLESSE**

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