



# DISTRICT DE SEINE & MARNE DE FOOTBALL



DATE : .....

CLUB RECEVANT .....

POULE : .....

## Ambition U9

Equipes		Points		Total
1-				
2-				
3-				
4-				
Numéro de match	Match	Résultat		Arbitres
1/2				
3/4				
1/3				
2/4				
1/4				
2/3				

### Observations :

- Heure d'arrivée :
- Forfait ou forfait avisé :
- **Vainqueur double 8 :**
- Blessé :
- Autres :

Toute la correspondance doit être adressée soit :

Au siège Social : B.P 103 – 77012 MELUN Cedex / Tél. : 01.64.83.57.57 / Télécopie : 01.64.83.57.58 / [secretariat@seineetmarnesud.fff.fr](mailto:secretariat@seineetmarnesud.fff.fr)

A la Direction Administrative : 50 avenue du 27 août 1944 – 77450 MONTRY / Tél. : 01.60.04.14.44 /

Télécopie : 01.60.04.87.74 / [secretariat@seineetmarnenord.fff.fr](mailto:secretariat@seineetmarnenord.fff.fr)

# Feuille de Match Ambition U9



## Rappels :

La feuille de match est à remplir impérativement avant le déroulement de la rencontre.

**Le test du double 8 est à réaliser obligatoirement avant le début de la rencontre.**

Chaque club présent lors du tour de critérium ou challenge a l'obligation de remplir par équipe le tableau ci-dessus, avec la liste de ses joueurs.

**La feuille de match est à retourner au District le plus rapidement possible.**

**Date :**

**Lieu :**

Acceuil :				Visiteur :			
	N° licence	NOM	Prénom		N° licence	NOM	Prénom
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
Educateur (Nom / Prénom / N° licence) :				Educateur (Nom / Prénom / N° licence) :			
Dirigeant (Nom / Prénom / N° licence) :				Dirigeant (Nom / Prénom / N° licence) :			

# Feuille de Match Ambition U9



Rappels :

La feuille de match est à remplir impérativement avant le déroulement de la rencontre.

**Le test du double 8 est à réaliser obligatoirement avant le début de la rencontre.**

Chaque club présent lors du tour de critérium ou challenge a l'obligation de remplir par équipe le tableau ci-dessus, avec la liste de ses joueurs.

**La feuille de match est à retourner au District le plus rapidement possible.**

**Date :**

**Lieu :**

Accueil :				Visiteur :			
	N° licence	NOM	Prénom		N° licence	NOM	Prénom
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
Educateur (Nom / Prénom / N° licence) :				Educateur (Nom / Prénom / N° licence) :			
Dirigeant (Nom / Prénom / N° licence) :				Dirigeant (Nom / Prénom / N° licence) :			