



DEMANDE D'ENGAGEMENT EN COUPE DEPARTEMENTALE FUTSAL FEMININ SAISON 2024 - 2025

CLUB : _____

N° D'AFFILIATION : _____

LE PRESENT DOCUMENT EST A
RETOURNER AU DISTRICT
POUR LE 31 OCTOBRE 2024

Engage équipe(s) en **COUPE FUTSAL FEMININE – 10 € par équipe**

DATES : 05 JANVIER 2025 – 12 JANVIER 2025 – 26 JANVIER 2025 (FINALE)

RESPONSABLE DE L'ÉQUIPE

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____

Portable : _____ Email : _____

SALLE (dans l'hypothèse où votre club dispose d'une salle)

Appellation : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Disponibilités (jours ou dates - horaires) : _____

La compétition ne pourra être mise en place qu'avec un nombre suffisant de gymnases.

FAIT À _____, LE _____

SIGNATURE