



**DEMANDE D'ENGAGEMENT
EN COUPE DEPARTEMENTALE FUTSAL FEMININ
SAISON 2026 - 2027**

CLUB : _____

N° D'AFFILIATION : _____

LE PRESENT DOCUMENT EST A
RETOURNER AU DISTRICT
POUR LE **31 OCTOBRE 2026**

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

DATES : 10 janvier 2027 – 17 janvier 2027 – 31 janvier 2027 (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