



**Un formulaire / équipe**

NOM DU CLUB	
SIGLE (Précisez le n° si plusieurs équipes)	
NOM DU REFERENT DE L'EQUIPE	
N° DE TELEPHONE DU REFERENT	
E-MAIL DU REFERENT	

**Disponibilité de votre gymnase**

NOM DU GYMNASSE	
ADRESSE COMPLETE DU GYMNASSE	
JOUR DU MATCH (Hors week-end)	
HEURE DE DEBUT DU MATCH	

**Effectif de l'équipe (12 joueurs maximum pour toute la compétition)**

NOM	PRENOM	N° DE LICENCE

**DROIT D'ENGAGEMENT À LA COUPE D'INDRE ET LOIRE : 20,00 € / EQUIPE**  
**LE COMITÉ D'INDRE ET LOIRE FACTURERA VOTRE CLUB**

*Je soussigné, agissant au nom et pouvoir du club ....., après avoir pris connaissance du règlement de la Coupe d'Indre et Loire, demande l'engagement de mon club à ladite coupe.*

**NOM, DATE ET SIGNATURE**