



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 GYMNASE | |
| ADRESSE COMPLETE DU GYMNASE | |
| JOUR DU MATCH (Hors week-end) | |
| HEURE DE DEBUT DU MATCH | |

Effectif de l'équipe (8 joueurs maximum pour toute la compétition)

| NOM | PRENOM | N° DE LICENCE |
|------------|---------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DROIT D'ENGAGEMENT À LA COUPE D'INDRE ET LOIRE : 25,00 € / 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