



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