DISTRICT HAUTE-GARONNE
DE FOOTBALL

FEUILLE DE PLATEAU (1 par club)

U8 ☐

U9 ☐

FOOT à 5

District HAUTE GARONNE de Football
59 Ter Chemin de Verdale 31240 St Jean
☎: 05 62 89 05 30 🖷 : 05 62 89 05 35

SAISON 2021 - 2022

SECTEURS : NORD ☐ SUD ☐ OUEST ☐ EST ☐

Cadre réservé au District	
Feuille contrôlée par :	
Date : / /	
Anomalies :	☐ oui ☐ non

Avez-vous participé :	
à un atelier :	OUI ☐ ☐ NON

Durée des séquences : 12 mn
Temps de jeu : 3 x 12 mn + 1 atelier

Scanner au format "paysage" la feuille de plateau et l'envoyer au District avant le mardi minuit à l'adresse mail suivante :

secretariat@haute-garonne.fff.fr

Plateau du Samedi : 10H30 Terrain de :
Responsable du plateau : Téléphone N° :

La feuille de Plateau doit être renseignée Obligatoirement avant la rencontre

Liste des joueurs participants		
Nom du club :		Equipe 1
N°	Nom et Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Nom et Prénom de l'éducateur ou du dirigeant accompagnateur		N° Licence

Liste des joueurs participants		
Nom du club :		Equipe 2
N°	Nom et Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Nom et Prénom de l'éducateur ou du dirigeant accompagnateur		N° Licence

Liste des joueurs participants		
Nom du club :		Equipe 3
N°	Nom et Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Nom et Prénom de l'éducateur ou du dirigeant accompagnateur		N° Licence

Liste des joueurs participants		
Nom du club :		Equipe 4
N°	Nom et Prénom	N° Licence
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Nom et Prénom de l'éducateur ou du dirigeant accompagnateur		N° Licence

Le Dirigeant Accompagnateur ou l'Educateur doivent être en possession du listing licences de la catégorie *(obligatoire)*

A renseigner

OBLIGATOIREMENT

(si joueur(s) blessé(s))

Joueur blessé	
Nom :	
Prénom :	
Club :	
N° Licence :	
Type de blessure :	
Intervention médicale :	☐ OUI ☐ NON
Téléphone parents :	

Joueur blessé	
Nom :	
Prénom :	
Club :	
N° Licence :	
Type de blessure :	
Intervention médicale :	☐ OUI ☐ NON
Téléphone parents :	

Joueur blessé	
Nom :	
Prénom :	
Club :	
N° Licence :	
Type de blessure :	
Intervention médicale :	☐ OUI ☐ NON
Téléphone parents :	

Joueur blessé	
Nom :	
Prénom :	
Club :	
N° Licence :	
Type de blessure :	
Intervention médicale :	☐ OUI ☐ NON
Téléphone parents :	

Incident constaté (rapport suit)