**Fiche d’engagement Championnat Départemental Futsal**

**A retourner avant le 10 Octobre 2019**

**Association:**

Nom de la personne en charge du suivi de l’équipe :

Adresse :

Code postal : ville :

Tel : mail :

*Nous souhaitons engagée :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipe 1** | **ABC** | **BCD** |
| **FUTSAL** | 🞏Niveau 1  🞏Niveau 2 | 🞏Niveau 1  🞏Niveau 2 |
| **Liste des joueurs** | 1.  2..  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. | 1.  2..  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipe 2** | **ABC** | **BCD** |
| **FUTSAL** | 🞏Niveau 1  🞏Niveau 2 | 🞏Niveau 1  🞏Niveau 2 |
| **Liste des joueurs** | 1.  2..  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. | 1.  2..  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12. |

Date :

Signature :