**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 :