

CET IMPRIMÉ EST A UTILISER A PLAT OUVERT



Comité Territorial
FLANDRES

B.P.17

Place Cadet Rousselé
59651 VILLENEUVE D'ASCQ cedex
Tél. : 03 20 19 02 60 - Fax : 03 20 19 02 69
e mail : cfrflandres@ffr.fr

FEUILLE DE MATCH

Date de la
rencontre

25/01/04

Terrain

Kentros

Division ou
catégorie

Tél. :

Poule

COMPOSITION DES EQUIPES

OBLIGATION d'encercler les numéros des joueurs remplaçants autorisés à évoluer aux postes de 1^{ère} ligne.

A	Equipe :			B	Equipe :				
	N°	NOMS (majuscules)	Prénoms	N° de licence		N°	NOMS (majuscules)	Prénoms	N° de licence
Titulaires	①	LECAT	Eliaan	84513434	Titulaires	①	ROUSSELET	Heivé	60567430
	②	THIEFFAINE	Christophe	83530504		②	GRADILLE	Gerald	73541963
	③	MARTINEZ	Philippe	70588904		③	POUTRAN	J. Marcel	71613914
	④	BRANCOURT	Nicolas	68562840		4	GAMET	Stéphane	77611464
	⑤	DESSE	Tony	78538244		5	PETIT	André	59544577
	6	CHAUDRON	Philippe	71623685		6	TORNIAUX	Eric	76509204
	7	MAZIRI E	Fredéric	75536232		7	REVERAUX	Jeremy	78560157
	8	MARHIGNON	Alexandre	83527190		8	SEGUAT	Thomas	78532844
	9	RELIGEUX	Damien	81566012		9	THEAUX	David	76146714
	10	PIZZANEZZI	Stéphane	77549342		10	BONNE	Rémi	84516045
	11	CARLIER	Laurent	76549637		11	MILLET	Antoine	72556874
	12	GAZZAROTTI	Ludovic	76217704		12	BRADLEY	Lalou	75527924
	13	LECLERCQ	Jérôme	76549641		13	PASKOWIAK	Nathaniel	83563838
	14	HENREZ	Mathieu	81561524		14	LEFEVRE	Didier	59504744
	15	LECLERE	Christophe	83532224		15	COSENZA	Cédric	83528634
	16	FONS	Roné	78562626		16			
	17	LE GARD	Dimitri	82549034		17			
	18	FRITTE	Eric	66542704		18			
	19	SOUAIBI	Eric			19			
	20	BALDOIN	Denis	80575020		20			
	21	PLISNEY	Olivia			21			
	22	BEAUPRÉ	Nicolas			22			
Capitaine	PIZZANEZZI Stéphane			N° 10	Capitaine	N°			

PERSONNES ADMISES SUR LE BANC DE TOUCHE

* Type de licence : à reprendre dans la case centrale inférieure de la carte de qualification

A	NOMS	Prénoms	N° de licence	Type * licence	B	NOMS	Prénoms	N° de licence	Type * licence
Entraîneur(s)	GAYCHET	Christophe	70571074		Entraîneur(s)				
Soigneur					Soigneur				
Adjoint terrain					Adjoint terrain				
Médecin **					Médecin **				
Adresse					Adresse				

** En cas de non-présence physique d'un Médecin, porter les coordonnées téléphoniques du Médecin de garde :

JUGES DE TOUCHE

Nom : DJIPONT	Prénom : Alain	Nom :	Prénom :
Adresse :			
Tél. :	N° de licence : 64585564	Tél. :	N° de licence :

RESPONSABLES DE LA RÉDACTION DE LA FEUILLE DE MATCH

Nom : GAYCHET	Prénom : Christophe	Nom : PETIT	Prénom : André
Fonction : Entraineur			
Signature :	N° licence : 70571074	Signature :	N° licence : 59544577

COMPÉTITIONS TERRITORIALES

 Comité Territorial FLANDRES B.P.17 Place Cadet Rousselle 59651 VILLENEUVE D'ASCQ cedex Tél. : 03 20 19 02 60 - Fax : 03 20 19 02 69 e mail : cfrlandres@ffr.fr	RAPPORT D'ARBITRE	Date de la rencontre 25/11/04	Terrain Verrières	Division ou catégorie 6^{me} Série	Poule 1
Arbitre LEGQUAND	NOM 1	Prénom XAVIER	Comité Flan	Code F.F.R. 71114376	Tél. 1
Licencié capacitaire				Tél. 1	
Délégué sportif				Tél. 1	

A Équipe : RÉSULTAT DU MATCH B Équipe :

EXCLUSIONS TEMPORAIRES

A N°	NOMS (majuscules) et prénoms	N° de licence	B N°	NOMS (majuscules) et prénoms	N° de licence

EXCLUSIONS DÉFINITIVES ET LICENCES RETENUES

(Compléter le tableau en mettant une croix dans la colonne correspondante aux faits reprochés, en regard du numéro, du nom, du prénom et du n° de licence de la personne concernée)

MATCH ARRÊTÉ	DÉSORDRES OCCASIONNÉS PAR LE PUBLIC OU LES DIRIGEANTS
A laminute Equipe(s) à l'origine de l'arrêt :	Nature : Responsabilité : <input type="checkbox"/> Avant le match <input type="checkbox"/> Pendant le match <input type="checkbox"/> Après le match

ALLURE GENERALE DU MATCH			Equipe(s) à l'origine des incidents
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Heurté	<input type="checkbox"/> Violent	

RÉCLAMATIONS

A	Equipe réclamante :	B	Equipe réclamante :
Déposée : <input type="checkbox"/> avant le match <input type="checkbox"/> après le match	Déposée : <input type="checkbox"/> avant le match <input type="checkbox"/> après le match		
Somme versée (caution) :	Somme versée (caution) :		

MATCH AFFECTIF INCOMPLET

A	Equipe :	B	Equipe :
Motif :		Motif :	

VALIDATION DU RAPPORT D'ARBITRE

A	Equipe : <i>RE Thivache</i>	Arbitre	B	Equipe : <i>ROCCO/IN</i>
Nom : <i>GAYCET</i>	Prénom : <i>Christophe</i>	Nombre de licences jointes : <i>0</i>	Nom : <i>LETK</i>	Prénom : <i>André</i>
Fonction : <i>éducateur</i>		Equipe A : <i>0</i>	Equipe B : <i>0</i>	Fonction : <i>juge</i>
N° de licence : <i>10571074</i>	Tél.			N° de licence : <i>59544377</i>
Ecrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »	Signature	Signature		Ecrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »
<i>Je le fais sous la signature</i>	<i>CH</i>	<i>CH</i>		<i>CH</i>