

**GROUPE :**  
**HEURE :**

**DATE :**

**TERRAIN :**

**FEUILLE PLATEAU U11 FOOT A 8 (1<sup>ère</sup> Phase)**



MATCH 1	CLUBS	BUTS		Nom de l'arbitre :
		Lettres	Chiffres	Signature :
MATCH 2	CLUBS	BUTS		Nom de l'arbitre :
		Lettres	Chiffres	Signature :
MATCH 3	CLUBS	BUTS		Nom de l'arbitre :
		Lettres	Chiffres	Signature :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE CHAQUE CLUB**

Clubs présents	Organisation			Animation du test		Signature
	Très Bien	Bien	Moyenne (test pas mis en place)	Votre équipe a-t-elle effectué le test ? (entourez la bonne réponse)		
Club local :				OUI	NON	
Responsable :						
Diplôme :						
Club :				OUI	NON	
Responsable :						
Diplôme :						
Club :				OUI	NON	
Responsable :						
Diplôme :						

**Feuille à renvoyer au District Aisne de Football  
dans un délai de 48 Heures.**