

GROUPE :
HEURE :

DATE :

TERRAIN :

FEUILLE PLATEAU U15F Phase 1



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.**