



CRITERIUM FUTSAL (plateau à 3 équipes)



GYMNASE

CLUB ACCUEILLANT :

DATE :

Nom du responsable plateau

ÉQUIPES	A				B				C			
	PRESENCE	BP	BC	DIF	PRESENCE	BP	BC	DIF	PRESENCE	BP	BC	DIF
A - B												
B - C												
A - C												
TOTAL												

NOM DES ÉQUIPES

Nom du responsable de l'équipe

Signature du responsable d'équipe

Signature du responsable du plateau

1				
2				Signature certifiant l'exactitude des résultats.
3				Cette feuille doit parvenir au district avec les listes des joueurs dans les 24 heures suivant le plateau.

