



Club demandeur : ..... N° d'affiliation : .....

## DEMANDE DE MODIFICATION DE MATCH

(Inversion, changement d'horaire ou de terrain, etc...)

Compétition : ..... Championnat :  Coupe :

Catégorie : Seniors  CDM  Vétérans  U15  U17  U19  FUTSAL

Division : ..... Poule.....

Match n° .....

Equipe recevante : ..... Equipe visiteuse .....

Date : ..... Heure : .....

Adresse du .....

Terrain : .....

### LA MODIFICATION DEMANDÉE CONCERNE

Inversion de la rencontre : OUI  NON

La date :  Date souhaitée : .....

L'heure :  Heure souhaitée : .....

Le terrain :  Terrain souhaité : .....

Motif :  
.....

CLUB DEMANDEUR  
Signature

CLUB ADVERSE  
Signature obligatoire

Cachet du club

Cachet du club

*Toutes les demandes doivent être faites sur cet imprimé.  
Si toutes ces indications ne sont pas fournies, aucune suite ne sera donnée à votre demande.*

