



COUPE DE FRANCE DES LIGUES U17 GARCONS

FICHE EQUIPE

A remettre le jour de ½ Finale à la DTN

(Merci d'écrire très lisiblement)

LIGUE _____ **COULEUR MAILLOT** _____

RESPONSABLE ROLLER HOCKEY DE LIGUE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Mail _____

RESPONSABLE TECHNIQUE DE LIGUE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Mail _____

LISTE DES JOUEURS DE L'EQUIPE

LEADER : _____

DIRIGEANTS	
NOM	PRENOM