



U9

# JOURNEE DEPARTEMENTALE FUTSAL

## FEUILLE DE MATCH

**CLUB :** .....

NOM ET PRENOM DES JOUEURS	N° DE LICENCE
1 -	
2 -	
3 -	
4 -	
5 -	
6 -	
7 -	
8 -	

**EDUCATEUR**

M.

**DIRIGEANT**

M.

