# Fédération Sportive et Gymnique du Travail

**Comité FSGT Val de Marne – 115 avenue Maurice Thorez 94200 Ivry Tél : 0149870850 – site pour résultats : www.footfsgtidf.org**

**FDM à déposer sur le site FSGT lors de la saisie de votre score**

## *FOOTBALL Autoarbitré à 7* — *COUPE 94 Demi*

| **DATE : __ /__ /__** | | **MATCH N° :** |
|---|---|---|
| **équipe recevante** | **RESULTAT** | **équipe accueillie** |
| | ☐ ☐ **EN CHIFFRES**<br>---------- **EN LETTRES** ----------<br>☐ ☐ **TIRS AUX BUTS** | |
| **Coach ☐ Oui => Mr**<br>**☐ Non Licence n°** | | **Coach ☐ Oui => Mr**<br>**☐ Non Licence n°** |

| N° | NOM et prénom | Licence | N° | NOM et prénom | Licence |
|---|---|---|---|---|---|
| | *Capitaine :* | | | *Capitaine :* | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Heure du coup d'envoi effectif de la rencontre : _____ h _____ mn**

**Observation de la rencontre ☐ Oui ☐ Non**
**faite par M Licence n° Équipe :**

**Non déroulement ou d'arrêt du match**, indiquez succinctement, ci-dessous, les circonstances
**Rapport détaillé doit obligatoirement être adressé par email dans les 48h00** au Comité foota7@fsgt94.org

| Réclamations, réserves et observations **AVANT, PENDANT et APRÈS** la rencontre | |
|---|---|
| | |

## SIGNATURES OBLIGATOIRES

| CAPITAINE RECEVANT | OBSERVATEUR DELEGUE | CAPITAINE ACCUEILLI |
|---|---|---|
| | | |

**Cette FDM doit être déposée sur le site dans votre espace lors de la saisie de votre score**