

SECTION :		Féminine <input type="checkbox"/>	Masculine <input type="checkbox"/>
		Equipe n°:	

Responsable :/.....	
(Nom prénom)	(année et département)

Adversaire	Date	Lieu	NOM Prénom de l'arbitre	Coût de l'arbitrage	Signature de l'arbitre

Avance		
Date	Somme	Signature du responsable