



COMMISSION LAITON VENDEE

DEMANDE DE CHANGEMENT DE DATE / LIEU (1) DU MATCH DE CHAMPIONNAT CLV85 / COUPE REGIONNALE CRSMR

DATE DE LA DEMANDE : ____/____/____

POUR LE MATCH DE CHAMPIONNAT / COUPE

MONSIEUR _____ RESPONSABLE DU
CLUB DE _____

DEMANDE A CHANGER LA DATE / LE LIEU (1) DU MATCH PREVU LE

____/____/____ CONTRE _____

CE MATCH ETANT INVERSE / AVANCE / REPORTE (1) A LA DATE DU

____/____/____.

POUR LE CLUB DEMANDEUR :

NOM : _____

PRENOM : _____

SIGNATURE :

POUR LE CLUB ADVERSE :

NOM : _____

PRENOM : _____

SIGNATURE :

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

(2) Document à retourner signer des 2 clubs à la CLV ou la CRSMR 15 jours avant la date initiale