COMITE DEPARTEMENTAL DU VAL DE MARNE
4 rue Suchet 94700 MAISONS-ALFORT
Tél. : 01.43.53.32.57 Fax : 01.43.53.11.99
e-mail : cd94bb@orange.fr

Minibasket

COUPE ❑ CHAMPIONNAT ❑
U9 ❑ U11 ❑ F ☐ M ☐

Équipe A : ..... **Équipe B :** .....

Date : ..... **Heure :** ..... **Lieu :** ..... **N° du match :** .....
Arbitre : ..... *licence :* ..... **Aide Arbitre :** ..... *licence :* .....
Marqueur : ..... *licence :* ..... **Chronométreur :** ..... *licence :* .....
Délégué 1 : ..... *licence :* ..... **Délégué 2 :** ..... *licence :* .....

Équipe A : .....
Couleur : .....

Licence	NOMS *Prénoms*	N°	Périodes de jeu 1	2	3	4	5	6	Fautes 1	2	3	4	5
	Entraîneur :												
	Aide Entraîneur :												

Équipe B : .....
Couleur : .....

Licence	NOMS *Prénoms*	N°	Périodes de jeu 1	2	3	4	5	6	Fautes 1	2	3	4	5
	Entraîneur :												
	Aide Entraîneur :												

Équipe gagnante : A ☐ B ☐ ..... **ou égalité ☐** **Score** : ..... à .....

Signature du délégué :

Exemplaire à remettre à l'équipe vainqueur ou à l'équipe recevante en cas d'égalité

Ex. **BLANC** à remettre au **COMITÉ** - Ex. **VERT** à remettre à l'**ÉQUIPE VAINQUEUR** - Ex. **BLEU** à remettre à l'**ÉQUIPE VAINCUE**