

COMMISSION VENDEENNE DU PALET

FORMULAIRE DEMANDE D'AFFICHES

Tarif : 0,25 € l'unité.

Conditions : Les affiches sont payables a la commande.
Les frais de port sont à la charge du destinataire.

Noms & adresses des dépositaires.

M. Yvon Meunier 2, Rue La Croix Blanche 85140 Les Essarts.
M. Philippe Rafflegeau 42, Hameau De Vallet 85130 Tiffauges.
M. Bernard Coutaud 18, Rue du 11 novembre 85500 Les Herbiers.
M. Michel Roger 4, Impasse Lot. du Noiré 85570 Saint Valérien.
M. Jean Claude Sciaudeau 7, Rue de la Jouinière 85700 Saint Mesmin

LE CLUBDESIRE RECEVOIR.....AFFICHES.

Ci-joint un chèque de la valeur de ma commande que vous ferez parvenir à mon domicile dont voici l'adresse.

NOM :PRENOM :

ADRESSE PRECISE :

N° de téléphone :

Je paierai les frais de port à la réception du colis.

Seuls les clubs inscrits auprès de la C.V.D.P. sont autorisés à disposer des affiches et ne doivent pas en faire part à toutes autres organisations.

Date.....

Signature.

COMMISSION VENDEENNE DU PALET

DEMANDE DE CHANGEMENT DATE

LE/...../.....

CHANGEMENT DATE POUR LE MATCH DE : COUPE.
CHAMPIONNAT.

Rayer la mention inutile.

Division du club :

Monsieur.....responsable du club de.....

Demande à changer la date du match prévu lecontre le club de

Ce match étant avancé, inversé ou reporté à la date du

Club demandeur :

Nom et prénom du responsable :

Signature:

Club adverse :.....

Nom et prénom du responsable :

Signature :

Report de match : après avoir rempli le formulaire, envoyer un exemplaire au club adverse et un autre exemplaire au secrétaire de la Commission trois semaines minimums avant le match initialement prévu.

Aucun report de match ne sera accepté après la dernière journée du championnat.

Ce match étant avancé, inversé ou reporté à la date du

COMMISSION VENDEENNE DU PALET

FICHE IDENTITE CLUB :

DATE DE LA DERNIERE ELECTION.....

N°DU CLUB.....NOM DU CLUB.....

PRESIDENT

NOM:

PRENOM:

RUE

VILLE

TEL :

RENSEIGNEMENTS

Merci d'indiquer 2 numéros de téléphone portable, pour pouvoir vous joindre lors des matchs en cas de Problème pour trouver la salle.

NOM:

PRENOM:

Tél. Portable:

NOM:

PRENOM:

Tél. Portable:

SECRETAIRE

NOM:

PRENOM:

RUE

VILLE

TEL :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

DATE DU CONCOURS

DATE :

HEURES :

DOUBLETTE / TRIPLETTE

rayez la mention inutile

Merci d'inscrire votre e-mail :

C.V.D.P. 2, Rue La Croix Blanche 85140 LES ESSARTS

C.D.S.M.R. 18, Rue du 11 novembre 85500 LES HERBIERS