



COMMISSION LAITON VENDÉE

DEMANDE DE CHANGEMENT DE DATE / LIEU (1) DU MATCH DE CHAMPIONNAT CLV85 / COUPE DEPARTEMENTALE / RÉGIONALE

DATE DE LA DEMANDE : ____ / ____ / ____

POUR LE MATCH DE CHAMPIONNAT / COUPE

MONSIEUR _____ RESPONSABLE DU
CLUB DE _____

DEMANDE À CHANGER LA DATE / LE LIEU (1) DU MATCH PRÉVU LE

____ / ____ / ____ CONTRE _____

CE MATCH ÉTANT INVERSE / AVANCE / REPORTÉ (1) A LA DATE DU

____ / ____ / ____.

POUR LE CLUB DEMANDEUR :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

SIGNATURE :

POUR LE CLUB ADVERSE :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

SIGNATURE :

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

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