



Comité Départemental
de Basket Ball
de Loire Atlantique

ENGAGEMENT ARBITRES STAGIAIRES
DOCUMENT A RETOURNER AU COMITE POUR LE 29 JUIN

Nom du Groupement Sportif :
N° Informatique : **04.44**.....

ARBITRES

(Veuillez écrire en Majuscules)

ATTENTION, PARTICIPATION OBLIGATOIRE AU STAGE DE DEBUT DE SAISON (premier ou second week end de Septembre)
NE PAS OUBLIER LE NUMERO DE TELEPHONE (il est obligatoire)

NOM	PRENOM	ADRESSE	N° LICENCE	Taille de T Shirt	N° ☎
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....			
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....			
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....			
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....			

A COMPLETER
UNIQUEMENT POUR LES ARBITRES STAGIAIRES

ENGAGEMENT OTM - STAGIAIRES DOCUMENT A RETOURNER AU COMITE POUR LE 29 JUILLET

Nom du Groupement Sportif :

N° Informatique : 04.44.

O.T.M

NOM	PRENOM	ADRESSE	N° LICENCE	N° ☎
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....		
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....		
		N°.....Rue..... CP.....Ville.....		

**A COMPLETER
UNIQUEMENT POUR LES OTM STAGIAIRES**