



INDEMNISATION OBSERVATIONS

District Parisien de Football

OBSERVATEUR :

NOM - PRENOM	N° LICENCE

ARBITRE OBSERVÉ :

NOM - PRENOM	N° LICENCE	
CATEGORIE	POSTE (AC, ASS)	
ECUSSON	OUI	NON
TENUE CORRECTE		

RENCONTRE :

Date : ___ / ___ / ___

CLUB RECEVANT	CLUB VISITEUR	N° MATCH
LIEU :		
LE MATCH A-t-IL EU LIEU ?	OUI	NON

INDEMNISATION :

TOTAL INDEMNISATION €
----------------------------	---------

A Paris le : ___ / ___ / ___

Signature :