



Saison :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE
COUPE DE FRANCE SENIOR PRO - A LA CHARGE DU CLUB RECEVANT

NOM :

Ligue :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Portable :

Email :

Rencontre n° :

Date du match :

Equipe recevante :

Equipe visiteuse :

Ville du match :

Indemnité d'arbitrage, selon les modalités indiquées dans le RPE

Distance kilométrique Aller (Domicile - Gymnase)

Si le match a lieu en semaine, une indemnité de 130 € supplémentaire est attribuée à l'arbitre dont la distance est supérieur à 150 kms aller.

Total