



Saison :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE - COUPE DE FRANCE SENIOR 2EME PHASE
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 :

Distance kilométrique Aller / Retour (Ville du domicile / Ville du match)

Indemnité d'arbitrage

Si le match a lieu en semaine, une indemnité de 150 € supplémentaire est attribuée à l'arbitre dont la distance est supérieur à 200 kms aller.

Total