



FEUILLE DE RETOUR DE MATCH

SAISON _____	<i>Catégorie</i>	<i>National</i>	<i>Challenge</i>	<i>Régional</i>	<i>Amical</i>
<i>Date & heure</i> ____/____/____ H ____	-10				
	-13				
<i>Adresse</i> _____	-16				
_____	+16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Journée n°				

Nom de votre équipe	
Nom de l'équipe organisatrice	
Nom des autres équipes présentes	_____ _____ _____ _____ _____ _____

QUESTIONS A PROPOS DU TOURNOI

Avez-vous eu accès aux vestiaires à temps pour vous changer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les vestiaires garçons étaient-ils séparés des vestiaires filles ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les vestiaires étaient-ils propres ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les vestiaires étaient-ils suffisamment grands ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des bouteilles d'eau ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La réunion des capitaines s'est-elle bien déroulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi :		
La réunion des arbitres s'est-elle bien déroulée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi :		
Le tournoi s'est-il bien déroulé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi :		
Avez-vous porté réclamation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Nom du capitaine ou du représentant de l'équipe : _____

Signature :