



**COMITE DEPARTEMENTAL
COTES D'ARMOR
BASKET BALL**

Maison Départementale des Sports
18 rue Pierre de COUBERTIN
22440 PLOUFRAGAN
N°SIRET : 3476090340003

COMMISSION SPORTIVE

Demande de recours

DATE :	/	CLUB :	
NOM et Prénom du demandeur :			
Fonction dans le club :			
Motif de la demande :	<input type="radio"/> Recours <input type="radio"/> Report de match <input type="radio"/> Autre		
Catégorie :	<input type="radio"/> PRM <input type="radio"/> DM2 <input type="radio"/> DM3 <input type="radio"/> PRF <input type="radio"/> DF2 <input type="radio"/> DF3 <input type="radio"/> U18M <input type="radio"/> U15M <input type="radio"/> U13M <input type="radio"/> U18F <input type="radio"/> U15F <input type="radio"/> U13F		
PV SPORTIVE N° :		Du :/...../.....
N° de la rencontre :		Poule :	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> b <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F

Rédigez votre demande de recours :

Cadre réservé au Comité Départemental de Basket :

<u>Avis de la Commission Sportive :</u> <input type="radio"/> Favorable <input type="radio"/> Défavorable	<u>Date :</u>	<u>NOM Prénom :</u>	<u>Signature :</u>
--	---------------	---------------------	--------------------