



Coupe Nationale Vétérans

Lieu de la rencontre : _____ Date : _____ Heure : _____

Nom et adresse du Juge Arbitre : _____ Division : _____

_____ Poule : _____

CLUB	Intitulé : _____			
	Numéro : _____			
	Noms, Prénoms	Pts	Clit	N°Licence
A				
B				
C*				
D*				

CLUB	Intitulé : _____			
	Numéro : _____			
	Noms, Prénoms	Pts	Clit	N°Licence
W				
X				
Y*				
Z*				

***Remarque : les joueurs C, D et Y, Z ne peuvent jouer QUE le double**

Ordre des rencontres	Résultats	Scores				points ABCD	points WXYZ
A contre W							
B contre X							
ABCD-WXYZ							
A contre X							
B contre W							
Totaux des points de chaque équipes							

Les réserves (avant la rencontre) et les réclamations sont à faire, s'il y a lieu, au verso.

Le club qui reçoit doit expédier les feuilles de match en 1 exemplaire au :

Comité de Tennis de Table du Loiret - Maisons des Sports - 1240 rue de la Bergeresse - 45160 OLIVET

Résultats

Club :				
Club :				

points rencontre

Signature du Juge-Arbitre

Capitaine équipe A
Nom :
Signature

Capitaine équipe W
Nom :
Signature

Journée
N°