TOURNOI ROGER ICARD

SAMEDI 9 SEPTEMBRE 2017

**(A remplir avant d’imprimer)**

**A REMETTRE AU PODIUM A VOTRE ARRIVEE – MERCI**

**CLUB : TELEPHONE COACH :**

**CATEGORIE :**

**🞏 U 13 M 🞏 U 13 F 🞏 U 15 M 🞏 U 15 F 🞏 U 17 M 🞏 U 17 F**

**COULEUR MAILLOT :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **NUMERO MAILLOT** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |