

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS D'ARBITRAGE COUPE DE FRANCE
(à la charge du club recevant)

NOM : **Prénom** : **N° de licence** :

☒ :

Code Postal : **Ville** :

☎ (facultatif) : @ (facultatif) : **Ligue** :

MATCHE N°

Date de la rencontre :

EQUIPE RECEVANTE : **EQUIPE VISITEUSE** :

Ville de départ (+ n° département) :

Ville du match (+ n° département) :

DISTANCE KILOMETRIQUE ALLER / RETOUR
(Ville du domicile/ville du match)

(Barème 3615 MICHELIN ou Internet www.viamichelin.fr)

Choix : Conseillé par Michelin

INDEMNITE FORFAITAIRE (0.29 du km)

INDEMNITE D'ARBITRAGE

INDEMNITE D'ARBITRAGE (Match en semaine)

TOTAL