

**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 :

MATCH 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 (Voir barème LNV)

INDEMNITE D'ARBITRAGE

INDEMNITE D'ARBITRAGE (Match en semaine)

TOTAL