**DEMANDE ENTENTE DE CLUBS**

**CHAMPIONNAT DÉPARTEMENTAL**

**DOCUMENT à compléter et à retourner**

**Avant le 05 octobre 2025**

**À** **comite.loire-atlanti@fft.fr**

**Ou** **elisabete.magnin@fft.fr**

Nom du club support : N° 61 44 :

Nom du deuxième club : N° 61 44 :

**CATÉGORIES CONCERNÉE**

**Galaxies       filles       garçons**

**Orange       Vert**

**Jeunes**

**Garçons**

**11/12       13/14       15/16       17/18**

**Filles**

**11/14       15/18**

**Compétiteurs(trices) du deuxième club :**

N° lic  Nom  Prénom  Classt

N° lic  Nom  Prénom  Classt

N° lic  Nom  Prénom  Classt

N° lic  Nom  Prénom  Classt

Remplir les champs grisés