

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE
Comité Régional de BRETAGNE CR 03

SAISON 20.... / 20....

DEMANDE POUR UNE REUNION DE
Boxe Educative Assaut / Handiboxe

AFFILIATION N° :

Nom du Club :

Nom Du Président :

Officiel du Club (Nom) :

Date de la Réunion	<input type="text"/>
Lieu de la Réunion	<input type="text"/>
N° du Département	<input type="text"/>
Nom de la Salle	<input type="text"/>
Heure Début Réunion	<input type="text"/>
Nombre d'assauts	<input type="text"/>
Nom du Responsable	<input type="text"/>

Nom de la Compétition

Fait à.....

Le

Avis et Signature du Comité Régional

Signature de l'Organisateur

