

Nom:	
Prénom :	Photo

Club: .....

## 3ème EXAMEN D'ARBITRES DE DISTRICT

Sur 1 week-end
(Avec possibilité d'hébergement)



## DOSSIER A RETOURNER COMPLETE AU:

District d'Ille-et-Vilaine de Football
3 rue de Belle Ile
BP 96303
35763 SAINT-GREGOIRE Cedex
20 99 68 91 27

Saison 2017/2018

17 Décembre 2017

Coordonnées candidat :	
Nom: Prénom:	
Adresse:	
Code Postal :	
Date de naissance :	
Téléphone domicile : / / / Téléphone bureau : / / /	
Téléphone portable : / / / Adresse e-mail :	
Profession:	
<u>L'expérience footballistique du Candidat :</u>	
Avez-vous joué au football: □ oui □ non	
Etes-vous licencié(e) cette saison : □ oui □ non En tant que : □ joueur □ dirigeant	
N° licence : Club :	
Avez-vous déjà arbitré bénévolement : □ oui □ non  Club auquel vous serez licencié (e) en tant qu'arbitre :	
Autorisation parentale pour les Candidats mineurs :  Je soussigné(e), Mr ou Mme (1), autorise mon fils, ma fille (1) à suivre la formation et à pratiquer l'arbitrage sur les compétitions de District et de Ligue.	
Date: / / Signature:	
Club inscription:	
Nom club:	
Nom du référent arbitre au Club:;	
J'ai pris connaissance que l'arbitre ne couvre le club que sous condition d'avoir 15 ans au 01/01/2018.	
Cachet et signature du Président du Club: Date : / /	

## Cadre réservé à la Commission Départementale des Arbitres : Règlement: Certificat médical: Validé le : ...... par la commission médicale du District Résultat examen : Questionnaire: FDM: Rapport: **TATOT** Présence journée pratique : □ Oui □ non Divers: