



DISTRICT DES HAUTES-PYRENEES DE FOOTBALL

RECLAMATION DES FRAIS D'ARBITRAGE - RAPPEL AU CLUB -

L'arbitre devra faire parvenir cette fiche complétée seulement à partir du 8^{ème} jour de non remboursement.

<u>ARBITRE RECLAMANT</u>		<u>CLUB DEBITEUR</u>
NOM Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale :	<input type="text"/>	
Adresse email :	<input type="text"/>	
Tél. portable :	<input type="text"/>	

<u>DESIGNATION DE LA RENCONTRE</u>			
Date :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Heure :	<input type="text"/> h <input type="text"/>
Terrain :	<input type="text"/>		
Compétition :	<input type="text"/>		
Equipe recevante :	<input type="text"/>	Equipe visiteuse :	<input type="text"/>

<u>MONTANT RESTANT DÛ</u>		
Frais de déplacement (Minimum 35 €) :	0,446 € X <input type="text"/> klm =	<input type="text"/> , <input type="text"/> €
Frais d'indemnité de match ou forfait :		<input type="text"/> , <input type="text"/> €
	Total à régler :	<input type="text"/> , <input type="text"/> €

Je certifie qu'à ce jour le Club ne m'a toujours pas réglé les frais d'arbitrage mentionnés ci-dessus.
Dans tous les cas, je m'engage dès la réception du paiement à prévenir par email la CDA.

Date de la demande : / /

Signature obligatoire :
(Nom Prénom)

- Encadré réservé à la comptabilité du District -

Réclamation n° :

Chèque n° :

Indemnité réglée à l'arbitre le :