



DEMANDE D'ARBITRE DE SOCCER

Date de la demande : _____

RESPONSABLE DE L'ÉVÉNEMENT

Nom : _____ Prénom : _____ Titre : _____

Nom de l'arrondissement ou de l'organisme : _____

Tél.: (____) _____ Fax : (____) _____ Courriel : _____

ÉVÉNEMENT

Dates : Du ____/____/____ au ____/____/____ Heures : début : _____ fin : _____

Site de compétition : _____ Adresse : _____

Type d'événement : _____ Catégorie(s) : _____

Nombre d'équipes : _____ Nombre de matchs : _____ Durée : _____ minutes par match.

NOMBRE D'ARBITRES DEMANDÉS

Journée : _____ # d'arbitres : _____ Journée : _____ # d'arbitres : _____

Journée : _____ # d'arbitres : _____ Journée : _____ # d'arbitres : _____

Acheminez votre demande par télécopieur au 514 722-3579, à l'attention de Stéphane Clémentoni.

Réservé à l'ARSC

Date de réception : ____/____/____ Date de confirmation : ____/____/____

Tarification : arbitre _____\$/match - juge de touche _____\$/match = Grand total : _____\$

Autorisation : _____ Date : ____/____/____