

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

COMITE REGIONAL de : _____

DEMANDE POUR UNE REUNION « B.E.A. »*Boxe Educative Assaut***SAISON : 200../200..***(A remplir complètement et lisiblement)*

Réunion N° _____

AFFILIATION N° _____ (numéro obligatoire)

Nom du club/CR ou CD : _____

Nom du Président : _____

DATE de la REUNION	
LIEU de la REUNION (ville)	
N° DEPARTEMENT	<i>Mettre uniquement le n° du Département - N°</i>
NOM de la SALLE	
HEURE de la REUNION	
NOMBRE D'ASSAUTS BEA PREVUS	
COMPETITION : (nom de la compétition)	

Fait à _____, le _____

Avis et signature du COMITE REGIONAL

Signature de l'Organisateur
