|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fédération Calédonienne de Football**  Immeuble LE KARIBA 2ème étage   7 bis rue de Suffren   Quartier Latin  BP 560   98845 NOUMEA  ' : +687 27.23.83   6 : +687 26.32.49  Email : [contact@fcf-org.nc](mailto:contact@fcf-org.nc)   Site : <http://www.fedcalfoot.com>  RIDET : 0 139 519.001 |

**DEMANDE DE REPORT DE MATCH**

**RENCONTRE :**

**TYPE DE COMPETITION : □**

**CATEGORIE CONCERNEE : □**

**Date initialement prévue au calendrier** : **Horaire** :

**Lieu initialement prévu pour la rencontre** :

|  |  |
| --- | --- |
| **CLUB DEMANDEUR :** | **CLUB ADVERSE :** |
| **Raisons invoquées pour demander le report de la rencontre :**  **Date de la demande** :  **Date proposée pour jouer le match** :  **Horaire proposé** :  **Lieu proposé pour jouer le match :**  **Fait à**  **Le responsable du club :** | Date de la réception de la demande :  **Réponse**  □ **Demande acceptée**  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  Fait à… ……………………le… …………  **Le responsable du club :**  **Nom, prénom, qualité, signature et tampon du club** |

***Ce document dûment rempli par les responsables des clubs concernés doit être expédié à la Fédération Calédonienne de Football au minimum 15 jours avant la date initialement prévue dans le calendrier. La CFFJ communiquera ensuite aux clubs concernés la décision prise.***

|  |
| --- |
| **LA COMMISSION FEDERALE D’ORGANISATION**  Date de réception de la demande : ………………………………………………  **DECISION**: □**Demande acceptée** □ **Demande refusée**  Motifs du refus : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Nom, Prénom et Signature du responsable** |
| ***IMPORTANT : La CFFJ a toute autorité pour apprécier si les raisons invoquées par l’un ou l’autre des clubs concernés sont valables et la décision prise n’est en aucun cas susceptible d’appel.*** |