



# District du Cantal de Football

## Frais de contrôleur CDA

**Nom et Prénom de la personne effectuant la mission :**

**Adresse :**

**Caractère de la mission : CONTROLEUR –**

**Date et lieu de la rencontre –**

**Saison :**

**Equipes en présence :**

**C/**

**Indemnité fixe – contrôleur 25,00 €**

**Signature du Contrôleur  
Responsable**

**Signature du**