

FEDERATION FRANCAISE DE BOXE

COMITE REGIONAL de : _____

DEMANDE POUR UNE REUNION « B.E.A. »

SAISON : 202.../202...
(A remplir complètement et lisiblement)

Réunion N° _____

AFFILIATION N° _____ (numéro obligatoire)

Nom du club/CR ou CD : _____

Nom du/de la Président(e) : _____

DATE de la REUNION	
LIEU de la REUNION (ville)	
N° DEPARTEMENT	
NOM de la SALLE	
HEURE de la REUNION	
NOMBRE D'ASSAULTS BEA PREVUS	
COMPETITION : (nom de la compétition)	

Fait à le .../.../.....

Avis et signature du COMITE REGIONAL

Signature de l'Organisateur

**FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE BOXE**

Tour Essor - 14 rue Scandicci
93508 PANTIN CEDEX
France
Tél. : 01 49 42 23 72
Fax : 01 49 42 28 79
www.ffboxe.com