



Comité Départemental de BasketBall
de Loire-Atlantique
5, Rue Christophe Colomb
CS 98413
44 984 SAINTE LUCE SUR LOIRE Cédex

☎ 02.51.85.06.00

contact@loireatlantiquebasketball.org

POUVOIR

Je soussigné(e), M.....Président(e) du Groupement Sportif de :

.....

Donne, par la présente, tout pouvoir à :

Nom :

Prénom :

Licencié(e) de mon Groupement sportif sous le n° de licence :

A l'effet de me représenter, et prendre part à toutes les décisions et votes pour le Groupement Sportif que je représente au cours des Assemblées Générales du Comité Départemental de Loire-Atlantique de Basketball du 15 Juin 2019.

Cachet du Groupement Sportif

Signature du Président



Crédit  Mutuel

