

COMPETENCIA: GRUPO/FASE:

CIUDAD: DÍA: HORA:

Nº PARTIDO: ESTADIO: PÚBLICO:

EQUIPO:

Nº	C/L	Nombre Jugador

RESULTADO DEL PARTIDO

Sets Gan		
EQUIPO	Puntos Gan	EQUIPO
<input type="text"/>	Sets	<input type="text"/>
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
TOTAL		
Entrenador <input type="text"/>		
Asistente <input type="text"/>		
1er. Árbitro <input type="text"/>		
2do. Árbitro <input type="text"/>		

EQUIPO:

Nº	C/L	Nombre Jugador

Sustituciones

I	II	III	IV	V	VI
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
	<input type="text"/>				
<input type="text"/>					

FORMACIÓN INICIAL

		I	II	III	IV	V	VI
SETS	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

Sustituciones

I	II	III	IV	V	VI
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>

REPORTE DEL PARTIDO DEL SUPERVISOR

COMENTARIO:

DURACIÓN SETS	
Set 1	<input type="text"/> min.
Set 2	<input type="text"/> min.
Set 3	<input type="text"/> min.
Set 4	<input type="text"/> min.
Set 5	<input type="text"/> min.
Total	<input type="text"/> min.

CONTROL DOPAJE (si se aplica) Nº jugador elegido: Equipo A: Equipo B:

Médico Oficial del Evento
Nombre:
Matricula Nº:

Firma y Sello
Hora de Llegada

Supervisor ACLAV

Encargado AMBULANCIA

Firma y Sello
Hora de Salida

Nombre y Firma

Nombre y Firma