

O-4

RESULTADO DE PARTIDO

COMPETENCIA: GRUPO/FASE:

CIUDAD: DÍA: DD MM AA HORA: h min

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		_____
Asistente		_____
1er. Árbitro _____		
2do. Árbitro _____		

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"/>	_____	_____	_____	_____

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"/>	_____	_____

REPORTE DEL PARTIDO DEL SUPERVISOR

COMENTARIO:

DURACIÓN SETS	
Set 1	_____ min.
Set 2	_____ min.
Set 3	_____ min.
Set 4	_____ min.
Set 5	_____ min.
Total	_____ 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