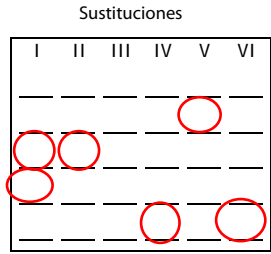
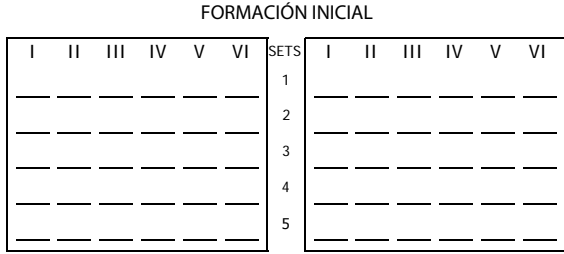
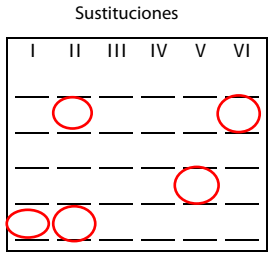


COMPETENCIA: GRUPO/FASE:

CIUDAD: DÍA: HORA:

Nº PARTIDO: ESTADIO: PÚBLICO:

EQUIPO:	RESULTADO DEL PARTIDO	EQUIPO:
Nº C/L Nombre Jugador	Sets Gan	Nº C/L Nombre Jugador
_____	EQUIPO <input type="text"/>	_____
_____	Puntos Gan	_____
_____	Sets	_____
_____	1	_____
_____	2	_____
_____	3	_____
_____	4	_____
_____	5	_____
_____	TOTAL	_____
_____	Entrenador _____	_____
_____	Asistente _____	_____
_____	1er. Árbitro _____	_____
_____	2do. Árbitro _____	_____



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