

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 _____	_____

Sustituciones	FORMACIÓN INICIAL	Sustituciones																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>VI</th></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	I	II	III	IV	V	VI	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>VI</th></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	I	II	III	IV	V	VI	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th><th>V</th><th>VI</th></tr> <tr><td>_____</td><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	I	II	III	IV	V	VI	_____	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____	_____	_____	_____
I	II	III	IV	V	VI																																																																																																			
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____																																																																																																			
_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____																																																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
I	II	III	IV	V	VI																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																																																																			
I	II	III	IV	V	VI																																																																																																			
_____	<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