

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

**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"/>			<input type="text"/>		

**FORMACIÓN INICIAL**

		SETS					
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"/>			

**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