ACLAV

ASOCIACION DE CLUBES LIGA ARGENTINA DE VOLEIBOL

O - 4 RESULTADO DE PARTIDO

FeVA

COMPETENCIA: _____

GRUPO/FASE: _____

CIUDAD: _____

DÍA: | DD | MM | AA |

HORA: | H | Min |

N° PARTIDO: _____ ESTADIO: _____

PÚBLICO: _____

RESULTADO DEL PARTIDO

EQUIPO: _____

N° C/L Nombre Jugador

___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____

EQUIPO: _____

N° C/L Nombre Jugador

___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____
___ _____

Sets Gan

---------- EQUIPO	Puntos Gan	---------- EQUIPO
	Sets	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	TOTAL	

_____ Entrenador _____

_____ Asistente _____

1er. Árbitro _____

2do. Árbitro _____

Sustituciones

I	II	III	IV	V	VI
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___

FORMACIÓN INICIAL

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

Sustituciones

I	II	III	IV	V	VI
⭕	___	___	⭕	___	___
___	___	___	___	___	___
⭕	___	___	⭕	___	___
___	___	___	___	___	___

REPORTE DEL PARTIDO DEL SUPERVISOR

COMENTARIO:

CONTROL DOPAJE *(si se aplica)* N° jugador elegido: Equipo A: _____ _____ Equipo B: _____ _____

Médico Oficial del Evento
Nombre: ....
Matrícula N°: _____

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

_____ Firma y Sello
Hora de Llegada

_____ Firma y Sello
Hora de Salida

Supervisor ACLAV

_____
Nombre y Firma

Encargado AMBULANCIA

_____
Nombre y Firma