

COMPETENCIA: GRUPO/FASE:

CIUDAD: DÍA: HORA:

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"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FORMACIÓN INICIAL

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

Sustituciones

I	II	III	IV	V	VI
_____	_____	_____	_____	_____	<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