



# PROTOKÓŁ ZAWODÓW

Numer meczu:

F/MHK/48

A Drużyna gospodarzy:				ZAWODY		<input type="checkbox"/> SUPERLIGA		<input type="checkbox"/> FINAL		<input type="checkbox"/> SENIORZY		Miejsce rozgrywania zawodów (adres): Hala Sportowa Rzepińska 10, 69-110 Kowalów									
KS Zorza Iskra Kowalów						<input type="checkbox"/> I LIGA		<input type="checkbox"/> PÓŁFINAL		<input type="checkbox"/> JUNIORZY											
						<input type="checkbox"/> II LIGA		<input type="checkbox"/> ĆWIERĆFINAL		<input type="checkbox"/> JUNIORZY MŁ.											
B Drużyna gości:						<input type="checkbox"/> PUCHAR POLSKI		<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACJE		<input checked="" type="checkbox"/> MŁODZICY											
UKS Spartakus Handball Team Zielona Góra						<input type="checkbox"/> BARAŻE		<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> DZIECI											
						data		godz.				wynik końcowy		do przerwy		na korzyść					
A (nazwa) KS Zorza Iskra Kowalów						Kary						Przebieg zawodów									
Nr	Nazwisko i imię zawodnika					W	B	U	2'	2'	2'	D	Kd	I połowa		II połowa					
														time out		time out					
														T	Zaw. A	wynik	Zaw. B	T	Zaw. A	wynik	Zaw. B
1.																					
Osoba odpowiedzialna za drużynę - nazwisko, imię, funkcja, numer licencji, podpis						Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji		Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji		Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji											
B (nazwa) UKS Spartakus Handball Team Zielona Góra						Kary															
Nr	Nazwisko i imię zawodnika					W	B	U	2'	2'	2'	D	Kd								
1.																					
Osoba odpowiedzialna za drużynę - nazwisko, imię, funkcja, numer licencji, podpis						Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji		Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji		Nazwisko, imię - funkcja, numer licencji											
Szczegółowe uwagi sędziów: brak <input type="checkbox"/> verte <input type="checkbox"/>																					
Liczba widzów: Pojemność hali: 100																					
Rejestracja zawodów: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																					
Dodatkowy raport sędziów lub delegata: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																					
						Opieka medyczna (pieczętka i podpis)															
SĘDZIOWIE	sędzia główny		miejscowość				podpis		Zweryfikowano dn.:												
	sędzia główny		miejscowość				podpis		Wynik końcowy: : do przerwy :												
	sekretarz		miejscowość				podpis		Na korzyść:												
	m. czas		miejscowość				podpis														
	delegat ZPRP	-----	miejscowość		-----		podpis -----		Podpis:												
DZIAŁ ORGANIZACJI ROZGRYWEK ZPRP e-mail: rozgrywki@zprp.org.pl ; tel: 505 926 710 ; sms: 604 583 150																					