



## PROTOKÓŁ ZAWODÓW

Numer meczu:

F/MHK/55

A Drużyna gospodarzy:				ZAWODY		<input type="checkbox"/> SUPERLIGA		<input type="checkbox"/> FINAL		<input type="checkbox"/> SENIORZY		Miejsce rozgrywania zawodów (adres):												
UKS Czarni Żagań						<input type="checkbox"/> I LIGA		<input type="checkbox"/> PÓŁFINAL		<input type="checkbox"/> JUNIORZY														
B Drużyna gości:						<input type="checkbox"/> II LIGA		<input type="checkbox"/> ĆWIERĆFINAL		<input type="checkbox"/> JUNIORZY MŁ.														
						<input type="checkbox"/> PUCHAR POLSKI				<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACJE		<input checked="" type="checkbox"/> MŁODZICY												
						<input type="checkbox"/> BARAŻE		<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> DZIECI														
UKS Spartakus Handball Team Zielona Góra						data		godz.		wynik końcowy		do przerwy		na korzyść										
A (nazwa) UKS Czarni Żagań						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"/>						Opieka medyczna (pieczętka i podpis)																		
Liczba widzów: Pojemność hali:																								
Rejestracja zawodów: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																								
Dodatkowy raport sędziów lub delegata: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>																								
												A	LICZBA	BRAMKI	B	LICZBA	BRAMKI							
SĘDZIOWIE	sędzia główny		miejscowość				podpis				RZUTY KARNE			RZUTY KARNE										
	sędzia główny		miejscowość				podpis				Zweryfikowano dn.:													
	sekretarz		miejscowość				podpis				Wynik końcowy: : do przerwy :													
	m. czas		miejscowość				podpis				Na korzyść:													
	delegat ZPRP	-----	miejscowość		-----		podpis -----				Podpis:													
DZIAŁ ORGANIZACJI ROZGRYWEK ZPRP e-mail: rozgrywki@zprp.org.pl ; tel: 505 926 710 ; sms: 604 583 150																								