Akademicki Związek Sportowy Środowisko Warszawa
ul. Szpitalna 5, 00-031 Warszawa
tel./fax. (22) 827-28-63, (22) 828-59-55
e-mail: amw@azs.waw.pl
www.azs.waw.pl/amw

Akademickie Mistrzostwa Warszawy i Mazowsza w piłce nożnej

SPRAWOZDANIE SĘDZIEGO

Zawody pomiędzy zespołami: _____ - _____

Stroje (kolor): gospodarze: _____ goście: _____

Miejsce: ***BOPN ul. Obrońców Tobruku 11*** Data zawodów: _____ o godz. _____

Rezultat: _____ dla _____

Rezultat do przerwy: _____ dla _____

NAPOMNIENIA

GOSPODARZE			GOŚCIE		
Min	Nr	Imię i Nazwisko	Min	Nr	Imię i Nazwisko

WYKLUCZENIA

GOSPODARZE			GOŚCIE		
Min	Nr	Imię i Nazwisko	Min	Nr	Imię i Nazwisko

STRZELCY BRAMEK

GOSPODARZE			GOŚCIE		
Min	Nr	Imię i Nazwisko	Min	Nr	Imię i Nazwisko

UWAGI DODATKOWE

	Obsługa medyczna (pieczątka i podpis)

Wynik spotkania, listę napomnień oraz wykluczeń i strzelców bramek proszę przesłać na adres mailowy: amw@azs.waw.pl w ciągu 24 godzin od zakończenia spotkania.

_____ _____ _____

(podpis gospodarzy) (podpis sędziego) (podpis gości)

Akademickie Mistrzostwa Warszawy i Mazowsza w piłce nożnej

PROTOKÓŁ GOSPODARZY

Nazwa uczelni: _____

Nr	Nazwisko i Imię zawodnika (wpisywać drukowanymi literami)	Data urodzenia
Nr	**Nazwisko i Imię zawodnika rezerwowego**	**Data urodzenia**

Wykaz osób towarzyszących:

	Nazwisko i Imię	Funkcja
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Potwierdzam prawidłowość danych

Podpis przedstawiciela drużyny: _____ Podpis kapitana drużyny: _____

AKADEMICKIE MISTRZOSTWA WARSZAWY I MAZOWSZA

Akademickie Mistrzostwa Warszawy i Mazowsza w piłce nożnej

PROTOKÓŁ GOŚCI

Nazwa uczelni: _____

Nr	Nazwisko i Imię zawodnika (wpisywać drukowanymi literami)	Data urodzenia

Nr	Nazwisko i Imię zawodnika rezerwowego	Data urodzenia

Wykaz osób towarzyszących:

	Nazwisko i Imię	Funkcja
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Potwierdzam prawidłowość danych

Podpis przedstawiciela drużyny: _____ Podpis kapitana drużyny: _____