# ZACHODNIOPOMORSKI ZWIĄZEK PIŁKI NOŻNEJ

70-360 SZCZECIN UL. POCZTOWA 30/12
TEL. 91 484 47 25, FAX: 91 488 41 85, e-mail: zzpn@zzpn.pl, wg@zzpn.pl

## SPRAWOZDANIE SĘDZIEGO

klasa rozgrywek / liga [ ] grupa [ ] nr zawodów z terminarza [ ]

**Zawody pomiędzy zespołami:**

_____ : _____

**gospodarze** **goście**

Miejsce zawodów: _____ Data zawodów _____ godz._____

Sędzia _____ z KS _____

Sędzia asystent 1 _____ z KS _____

Sędzia asystent 2 _____ z KS _____

Sędzia techniczny _____ z KS _____

Obserwator _____ z KS _____

**Wynik końcowy** [ ] - [ ] słownie (……-……..…..) dla _____

Wynik do przerwy [ ] - [ ] słownie (……-……..…..) dla _____

Wynik po dogrywce [ ] - [ ] słownie (……-……..…..) dla _____

Wynik rzutów z punktu karnego [ ] - [ ] słownie (……-……..…..) dla _____

Doliczony czas gry: 1 połowa _____ 2 połowa _____

| **adnotacje sędziego** | Dobre | Normalne | Złe* |
|---|---|---|---|
| a) przygotowanie i organizacja zawodów | | | |
| b) zachowanie zespołu gospodarzy | | | |
| c) zachowanie zespołu gości | | | |
| d) zachowanie publiczności | | | |
| e) zachowanie służb porządkowych i informacyjnych | | | |
| f) czy sprawdzono obuwie i stroje (zaznaczyć) | TAK | NIE | |
| g) czy sprawdzone licencje trenerów (zaznaczyć) | TAK | NIE | |

*** zaznaczając w tabeli rubrykę "złe" należy bezwzględnie sporządzić odpowiedni zapis na ostatniej stronie sprawozdania**

**OPIEKA MEDYCZNA**

.....

**pieczęć, podpis oraz data**

 czytelny podpis sędziego …….....

**Uwaga: wypełniony protokół należy zwrócić sędziemu <u>najpóźniej na 30 minut</u> przed rozpoczęciem zawodów**.

**Gospodarze:** _____ **Data Zawodów** _____

(nazwa zespołu)

**Kolor strojów** _____

(koszulka, spodenki, getry)

| Nr | nazwisko i imię zawodnika (wpisać drukowanymi literami) | grał do minuty | Numer ewidencyjny według listy uprawnionych zawodników |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Nr | Nazwisko i Imię zawodnika rezerwowego (wpisać drukowanymi literami) | grał od minuty | Numer ewidencyjny według listy uprawnionych zawodników |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Kapitan: numer ……. czytelny podpis ……..

**Wykaz osób funkcyjnych uprawnionych do przebywania na ławce dla zawodników rezerwowych:**

| Lp | Nazwisko i Imię (wpisać drukowanymi literami) | Funkcja |
|---|---|---|
| 1 | | **TRENER** |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

* **przy funkcji TRENER należy dopisać numer oraz datę ważności licencji**

*** na marginesie należy zaznaczyć kapitana "KPT", bramkarza "BR" oraz zawodników młodzieżowych "MŁ"**

**Oświadczam, że wszyscy zawodnicy wpisani do niniejszego protokołu posiadają aktualne badania lekarskie.**

kierownik drużyny (czytelny podpis) .....

**Uwaga: wypełniony protokół należy zwrócić sędziemu <u>najpóźniej na 30 minut</u> przed rozpoczęciem zawodów**.

**Goście:** _____ **Data Zawodów** _____

(nazwa zespołu)

**Kolor strojów** _____

(koszulka, spodenki, getry)

| Nr | nazwisko i imię zawodnika (wpisać drukowanymi literami) | grał do minuty | Numer ewidencyjny według listy uprawnionych zawodników |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Nr | Nazwisko i Imię zawodnika rezerwowego (wpisać drukowanymi literami) | grał od minuty | Numer ewidencyjny według listy uprawnionych zawodników |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Kapitan: numer …… czytelny podpis ……..

**Wykaz osób funkcyjnych uprawnionych do przebywania na ławce dla zawodników rezerwowych:**

| Lp | Nazwisko i Imię (wpisać drukowanymi literami) | Funkcja |
|---|---|---|
| 1 | | **TRENER** |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

* **przy funkcji TRENER należy dopisać numer oraz datę ważności licencji**

*** na marginesie należy zaznaczyć kapitana "KPT", bramkarza "BR" oraz zawodników młodzieżowych "MŁ"**

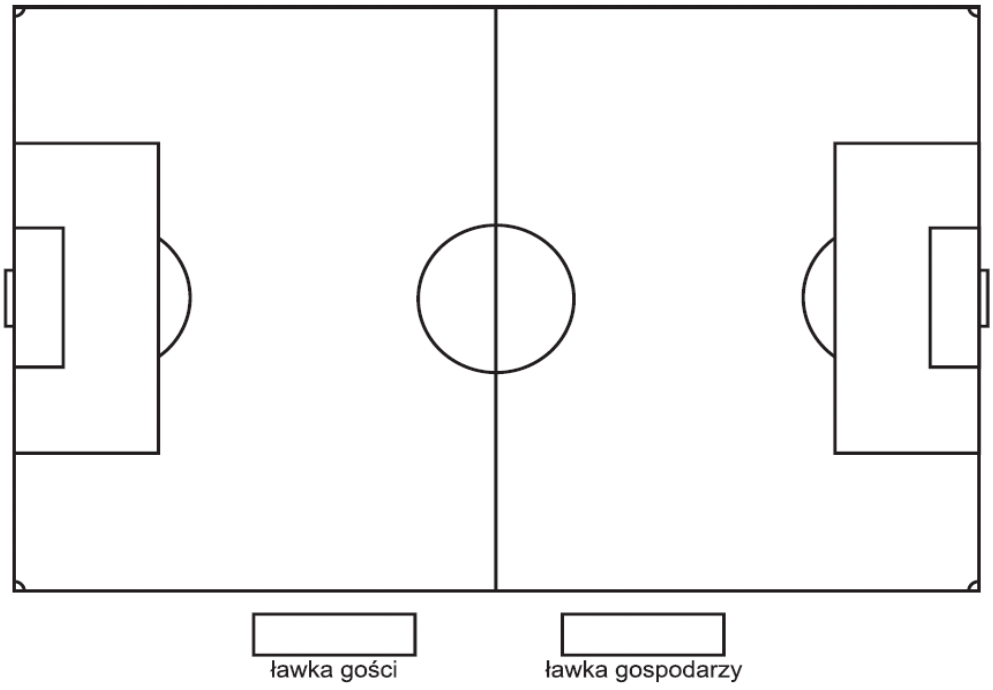
**Oświadczam, że wszyscy zawodnicy wpisani do niniejszego protokołu posiadają aktualne badania lekarskie.**

kierownik drużyny (czytelny podpis) .....

**Arkusz dodatkowy – w razie potrzeby zaznaczyć na diagramie**

**(w przypadku nie wypełnienia całego pola arkusza dodatkowego należy zakreślić niewykorzystane pole)**

Data: _____ Czytelny podpis sędziego: _____

Czytelne podpisy kierowników drużyn:

Gospodarze: _____ Goście:_____