

ACTA DE FUTSAL

EQUIPO LOCAL:	Nº ENCUESTO: J /	CATEGORÍA:	HORA DE COMIENZO
EQUIPO VISITANTE:	CAMPO:		1ª:
ÁRBITRO/S - CRONOMETRADOR:		NºS:	2ª:

DORSAL	EQUIPO LOCAL	GOLES	TARJETAS		FALTAS ACUMULATIVAS	
	NOMBRE Y APELLIDOS		A	R	PRIMER PERIODO	
					TIEMPO MUERTO	
					SEGUNDO PERIODO	
					TIEMPO MUERTO	

DORSAL	EQUIPO VISITANTE	GOLES	TARJETAS		FALTAS ACUMULATIVAS	
	NOMBRE Y APELLIDOS		A	R	PRIMER PERIODO	
					TIEMPO MUERTO	
					SEGUNDO PERIODO	
					TIEMPO MUERTO	

1º DELEGADO/A:	FIRMA:	RESULTADO	1º DELEGADO/A:	FIRMA:
DNI:		LOCAL: ()	DNI:	
2º DELEGADO/A:	DNI:	VISITANTE: ()	2º DELEGADO/A:	DNI:

OBSERVACIONES:

PATROCINADO POR:	FIRMA 1º ÁRBITRO:	FIRMA 2º ÁRBITRO:	FIRMA CRONOMETRADOR:
 			