



**WIELKOPOLSKI  
ZWIĄZEK  
PIŁKI NOŻNEJ**

ul. Warmińska 1, 60-622 Poznań  
T: +61 679 48 30  
@: sekretariat@wielkopolskizpn.pl

## SPRAWOZDANIE SĘDZIEGO

**TURNIEJ ŻAKÓW : F1 / F2 gr. \_\_\_\_\_**

niepotrzebne skreślić

Klub organizator turnieju \_\_\_\_\_

Miejsce \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Godz. \_\_\_\_\_

### Zawody pomiędzy zespołami

Imię i nazwisko sędziego \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Wynik \_\_\_\_ - \_\_\_\_ dla \_\_\_\_\_

Odniesione kontuzje:

Opieka medyczna:

\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko dotyczy osoby przeszkolonej)

\_\_\_\_\_ (numer dowodu osobistego lub legitymacji)

Pieczętka i podpis

### Adnotacje sędziego:

a)	przygotowanie i organizacja zawodów	Dobre	Złe (opis w dodatkowym załączniku)
b)	zachowanie zespołów	Dobre	Złe (opis w dodatkowym załączniku)
c)	zachowanie publiczności	Dobre	Złe (opis w dodatkowym załączniku)
d)	kontrola ubioru i wyposażenia	Tak	Nie
e)	zawody przeprowadzono zgodnie z unifikacją rozgrywek młodzieżowych	Tak	Nie

Imię i nazwisko organizatora \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis sędziego