Associação de Futebol de Portalegre

RELAÇÃO DOS TÉCNICOS E DAS JOGADORAS EFECTIVAS E SUPLENTES

FUTEBOL FEMININO

COMPETIÇÃO: _____ **JORNADA:** _____

JOGO Nº: _____ **EQUIPAS:** _____ _____

CAMPO: _____ **LOCALIDADE:** _____

NOME DO CLUBE: _____ **CÓDIGO:** _____ **VISITADO:** _____ **VISITANTE:** _____

DATA: _____ _____ **20__**

a)**	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	

a)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
b)**	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
b)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
b)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
b)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	
b)	Licença F. P. F. Nº: _____ Nome: _____	

a) Número da Camisola das Jogadoras Efectivas.
** Número da Camisola das Guarda-Redes

b) Número da Camisola das Jogadoras Suplentes.

c) Indicar fazendo inserir o número do Delegado (1º ou 2º).

Capitã da Equipa: Nº ____

Sub-Capitã da Equipa: Nº ____

Visto do Árbitro: _____

Ver NOTAS IMPORTANTES no verso

NOTAS IMPORTANTES
Este impresso tem de ser entregue ao árbitro, trinta minutos antes do início do jogo, devidamente preenchido em duplicado, não sendo permitido abreviaturas, juntamente com a restantante documentação.
Se, por qualquer razão, o delegado ao jogo não dispuser deste impresso, poderá fazer declarações em papel vulgar com o timbre do clube, obedecendo ao mesmo esquema e sempre com a sua assinatura.

1º DELEGADO	2º DELEGADO	MÉDICO
B.I. Nº	B.I. Nº	B.I. Nº
Nome:_____	Nome:_____	Nome:_____

TREINADOR	MASSAGISTA	* TR. ADJ. ou PREP. FÍSICO
B.I. Nº	B.I. Nº	B.I. Nº
Nome:_____	Nome:_____	Nome:_____

* Só poderá constar a identificação desde que o clube prescinda do 2º Delegado ao jogo

A DIRECÇÃO

_____
_____
_____

OBSERVAÇÕES (do Delegado ao jogo)

_____
_____
_____

OBSERVAÇÕES (do Árbitro)

RESULTADO FINAL _____ ☐ / _____ ☐
(Visitado) (Visitante)

_____
_____
_____

FORAM EXPULSOS OU CONSIDERADOS EXPULSOS:

Médico		Treinador		Massagista		Trein. Adj. / Prep. Físico		1º Delegado		2º Delegado	
S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

FORAM EXPULSAS OU CONSIDERADAS EXPULSAS AS JOGADORAS Nºs.:

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

FORAM EXPULSAS POR ACUMULAÇÃO DE FALTAS LEVES (2º CARTÃO AMARELO) AS JOGADORAS Nºs.:

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

FORAM ADVERTIDAS AS JOGADORAS Nºs:

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

TOMEI CONHECIMENTO

O ___ DELEGADO (c)

MOD. 145 _____