



Associação de Futebol do Algarve

RELAÇÃO DOS TÉCNICOS E DOS JOGADORES EFECTIVOS E SUPLENTES

FUTSAL

MASCULINO
 FEMININO

A PREENCHER PELA AFA

RESULTADO Visitado-Visitante	CÓDIGO Validado	CÓDIGO Repetição

Competição _____

Jornada nº

Jogo _____ / _____ Nº

Nome do Clube _____

Código

Campo _____ Localidade _____ Data / /

a) **	Licença nº _____ Nome: _____		a) **	Licença nº _____ Nome: _____		a) – Número da camisola. b) Nome e número da camisola. c) – Indicar inserindo o número do Delegado (1º ou 2º). ** – Número da camisola do guarda-redes Visto do Árbitro: _____
a)	Licença nº _____ Nome: _____		a)	Licença nº _____ Nome: _____		
a)	Licença nº _____ Nome: _____		a)	Licença nº _____ Nome: _____		
a)	Licença nº _____ Nome: _____		a)	Licença nº _____ Nome: _____		
a)	Licença nº _____ Nome: _____		a)	Licença nº _____ Nome: _____		
a)	Licença nº _____ Nome: _____		a)	Licença nº _____ Nome: _____		

Jogadores não utilizados:

Capitão da equipa : b) _____ Nº

Sub-Capitão da equipa : b) _____ Nº

O _____ DELEGADO AO JOGO c)

_____, _____ de _____ de _____

NOTAS IMPORTANTES:

Este impresso tem de ser entregue ao árbitro, em duplicado, trinta minutos antes do início do jogo, devidamente preenchido e já com as tarjetas legíveis colocadas no local de cada jogador(a), técnicos e demais agentes desportivos, juntamente com a restante documentação.

Tarjeta não legível será considerada como inexistente.

O Clube deverá incluir obrigatoriamente:

1º DELEGADO (OBRIGATÓRIO)	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

TREINADOR (OBRIGATÓRIO)	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

Poderá ainda o Clube incluir Médico, Massagista, Treinador Adjunto/Preparador Físico e Treinador Estagiário.

MÉDICO	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

MASSAGISTA	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

TR. ADJ. ou PREP. FÍSICO	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

TREINADOR ESTAGIÁRIO	
C.C. Nº	<input type="text"/>
Nome:	_____

O Clube poderá inscrever o 2º Delegado quando prescindir do Treinador Adjunto / Preparador Físico.

2º DELEGADO	
C.C. Nº.	<input type="text"/>
Nome:	_____

Delegado ao controlo anti-doping: _____ C.C. Nº

A DIREÇÃO

OBSERVAÇÕES (do delegado ao jogo)

OBSERVAÇÕES (do árbitro)

RESULTADO FINAL: _____ / _____

FORAM EXPULSOS OU CONSIDERADOS EXPULSOS:

(riscar o que não interessa)

Médico		Treinador		Massagista		Tr.Adj./Prep. Físico		1º Delegado		2º Delegado		Trein.Estagiário	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não												

FORAM EXPULSOS OU CONSIDERADOS EXPULSOS OS JOGADORES Nºs:

FORAM EXPULSOS POR ACUMULAÇÃO DE FALTAS LEVES (2º CARTÃO AMARELO) OS JOGADORES Nºs:

FORAM ADVERTIDOS OS JOGADORES Nºs:

TOMEI CONHECIMENTO
O ____ DELEGADO (c)