ASOCIACIÓN DE VOLEY CAPITAL NACIONAL DEL VIDRIO

Nombre del Equipo:	
Categoría: MAYORES / INFERIORES ………………	Rama: CABALLEROS / DAMAS

Fecha: / /	Partido N°		Equipo rival:

Local		Visitante		Fecha N° / Fase	

C/L	N°	APELLIDO/S	NOMBRE/S	CARNET / D.N.I	FECHA DE NAC.	FIRMA

ENTRENADOR				
ASIST.ENTRENADOR				
MEDICO				
AUXILIAR				
AUXILIAR				

SET 1			SET 2			SET 3			SET 4			SET 5		
IV	III	II	IV	III	II	IV	III	II	IV	III	II	IV	III	II
V	VI	I	V	VI	I	V	VI	I	V	VI	I	V	VI	I
FIRMA ENTRENADOR			FIRMA ENTRENADOR			FIRMA ENTRENADOR			FIRMA ENTRENADOR			FIRMA ENTRENADOR		