



**POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE  
COMITATO PROVINCIALE DI TRAPANI**

E-Mail: pgs.trapani@gmail.com

**REFERTO GARA**

GARA n. ____ / ____	Categoria <input type="checkbox"/> MINI	Categoria <input type="checkbox"/> PROPAGANDA	GIRONE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	CITTÀ: _____
Data della gara ____ / ____ / ____	Anno di nascita (in riferimento alla Categoria) _____		Campo di gioco (indicare denominazione) _____	
INCONTRO/CONFRONTO Squadra "A" _____ / _____ Squadra "B"			RISULTATO ____ / ____	

**SQUADRA "A" – DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE DELLA SQUADRA "B"**

BAMBINE <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	SALUTO INIZIO SI <input type="checkbox"/>
_____	GIOCATORI SQ. "A" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	E FINE GARA NO <input type="checkbox"/>
1°T <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	SITUAZIONI SI <input type="checkbox"/>
TIME OUT 2°T <input type="checkbox"/>	DIRIGENTI SQ. "A" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	REGOLARI SQ. "A" NO <input type="checkbox"/>
3°T <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	MERENDA SI <input type="checkbox"/>
	PUBBLICO SQ. "A" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	3° TEMPO NO <input type="checkbox"/>

**SQUADRA "B" – DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE DELLA SQUADRA "A"**

BAMBINE <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	SALUTO INIZIO SI <input type="checkbox"/>
_____	GIOCATORI SQ. "B" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	E FINE GARA NO <input type="checkbox"/>
1°T <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	SITUAZIONI SI <input type="checkbox"/>
TIME OUT 2°T <input type="checkbox"/>	DIRIGENTI SQ. "B" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	REGOLARI SQ. "B" NO <input type="checkbox"/>
3°T <input type="checkbox"/>	COMPORAMENTO <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	MERENDA SI <input type="checkbox"/>
	PUBBLICO SQ. "B" <input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> OTTIMO	3° TEMPO NO <input type="checkbox"/>

**NOTE E/O EVENTUALI SEGNALAZIONI**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA DIRIGENTE SQUADRA "A" _____	ARBITRO Sig. _____ (Stampatello) <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Dirigente _____ (Firma dell'arbitro per esteso e ben leggibile)	FIRMA DIRIGENTE SQUADRA "B" _____
---	---	---