



Volkmannstr. 12 • 28201 Bremen • Telefon 55 50 21 • vorstand@fussball-lbsv-bremen.de
Fachgruppe Fußball • Stadtverband Bremen-Stadt



Spielbericht

Liga: _____ Masters Cup HER-Pokal Slot: _____

Datum: _____ Zeit: ____:____ Uhr Platz: LBSV 1 LBSV 2

Mannschaft / SG : _____ Heim Gast Ergebnis ____:____

Rücken- Nummer	Name, Vorname	Spielführer Doppel-/ Gastspieler	Pass-Nr.					Rücken- Nummer	Name, Vorname	Spielführer Doppel-/ Gastspieler	Pass-Nr.				

Doppel- bzw. Gastspieler sind zwingend mit "D/G" einzutragen!

Vor- und Nachname Mannschaftenverantwortliche/r Unterschrift Mannschaftenverantwortliche/r Unterschrift Spielführer/-in

Besondere Vorkommnisse Passkontrolle durchgeführt: Ja Nein

Sonderbericht: Nein Ja - wird nachgereicht

Spesen als Schiedsrichter erhalten Ja Nein

Unterschrift Schiedsrichter/-in