



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 <input type="checkbox"/> Gast <input type="checkbox"/> Ergebnis _____:_____						
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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonderbericht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - wird nachgereicht	
Spesen als Schiedsrichter erhalten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Unterschrift Schiedsrichter/-in