



SFS Region Basel
 Abt. Tischtennis
 Postfach
 4125 Riehen 2

Fax 061 643 13 11
 www.sfs-tt-basel.ch

MM Kat./ Gruppe

Cup Runde

Spieldatum:

Platzclub

Gastclub

Platzclub	Lizenz Nr.				Name Vorname				Klass	
	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Doppel									

Gastclub	Lizenz Nr.				Name Vorname				Klass	
	X	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Z	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Doppel									

Cup	MM	1. Satz	2. Satz	3. Satz	4. Satz	5. Satz	Saetze	Punkte	Sieger	Unvollständig ausgefüllte oder unleserliche Formulare werden retourniert. Bemerkungen:
A - X	A - X	:	:	:	:	:	:	:		
B - Y	B - Y	:	:	:	:	:	:	:		
Doppel	C - Z	:	:	:	:	:	:	:		
A - Y	B - X	:	:	:	:	:	:	:		
B - X	A - Z	:	:	:	:	:	:	:		
	C - Y	:	:	:	:	:	:	:		
	Doppel	:	:	:	:	:	:	:		
	B - Z	:	:	:	:	:	:	:		
	C - X	:	:	:	:	:	:	:		
	A - Y	:	:	:	:	:	:	:		
Endresultat :										

Unterschrift der Spielleiter

Platzclub: Gastclub: Spiellokal