

TÄVLINGSRAPPORT

SMÅLANDSCUPEN

Tävlingsplats _____ Datum _____

Arrangerande förening _____

Antal mattor _____

	15 år och uppåt	K	P	F	Totalt
Antal anmälda					
Antal Startande					
Antal matcher					

Tävlingen började _____ Slutade _____

Anm. _____

Tävlingssekreterare _____

Domare _____

Insändes tillsammans med pris och resultatlistor snarast efter avslutad tävling till:

Smålands Brotningsförbund
c/o Leif Strandberg
Sölvarpsvägen 4
563 91 Gränna
Fax: 0390-301 29