

CARTON BLEU (commotions cérébrales) – Obligatoire en Honneur (autres compétitions sur décision de la ligue)

N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence

L'arbitre devra compléter la fiche « 1A - Expérimentation Carton bleu – Fiche de signalement arbitre de suspicion de commotion cérébrale » et la transmettre à cartonbleu@ffr.fr

SIGNATURE DE L'ARBITRE :

JOUEUR(S) BLESSE(S) (préciser le nom du joueur, la nature de la blessure et sa localisation)

N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence	Nature et localisation de la blessure

VISAS DES ASSOCIATIONS

Fonction :	NOM - PRENOM :	Signature	Fonction :	NOM - PRENOM :	Signature :
---------------------	-------------------------	-----------	---------------------	-------------------------	-------------

REPLACEMENTS EN COURS DE MATCH

Équipe :					Équipe :						
A	Minute	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain	B	Minute	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain
CC*	CC*										
Blessure	Blessure										

*CC = commotion cérébrale

RÉCLAMATIONS

A Équipe réclamante :	B Équipe réclamante :
Déposée : avant le match <input type="checkbox"/> après le match <input type="checkbox"/>	Déposée : avant le match <input type="checkbox"/> après le match <input type="checkbox"/>
Motifs : qualification <input type="checkbox"/> identité <input type="checkbox"/> autres motifs <input type="checkbox"/>	Motifs : qualification <input type="checkbox"/> identité <input type="checkbox"/> autres motifs <input type="checkbox"/>
Exposé des motifs de la réclamation :	Exposé des motifs de la réclamation :
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Fonction :	Fonction :
Signature	Signature
N° de licence	N° de licence
B Équipe adverse :	A Équipe adverse :
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Fonction :	Fonction :
Signature	Signature
N° de licence	N° de licence

En application de l'article 450-4, dans l'hypothèse où la réclamation sera jugée irrecevable, l'association réclamante sera débitée d'un montant de 150 € par joueur ou situation réglementaire visé(e).



Rapport à transmettre par l'officiel de la rencontre à la ligue gestionnaire de la compétition

FEUILLE DE MATCH

Date de la rencontre

...../...../.....

Club organisateur

Tél. :

Compétition

Poule

COMPOSITION DES ÉQUIPES

OBLIGATION d'encrer les numéros des joueurs remplaçants autorisés à évoluer aux postes de 1^{ère} ligne et d'indiquer en marge (sauf catégories C, C' et D) leur capacité à évoluer aux postes de « pilier gauche » (G), « talonneur » (T) et « pilier droit » (D).

A Équipe :				B Équipe :			
N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	2° asso. (1)	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	2° asso. (1)
①				①			
②				②			
③				③			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
11				11			
12				12			
13				13			
14				14			
15				15			
16				16			
17				17			
18				18			
19				19			
20				20			
21				21			
22				22			
23 ⁽²⁾				23 ⁽²⁾			
Capitaine	N°	Total		Capitaine	N°	Total	

(1) Cf. Article 223 des RG « autorisation de pratiquer le rugby dans une seconde association »
 (2) Uniquement dans les compétitions de catégories A-B

PERSONNES ADMISES SUR LE BANC DE TOUCHE

(4 maximum – si 5^{ème} personne, obligatoirement 1 médecin)

A	NOM (capitales d'imprimerie) et Prénom	N° de licence	B	NOM (capitales d'imprimerie) et Prénom	N° de licence
Entraîneur(s)			Entraîneur(s)		
Soigneur			Soigneur		
Adjoint-terrain			Adjoint-terrain		
Médecin *			Médecin *		

* En cas de non-présence physique d'un Médecin, porter les coordonnées téléphoniques du Médecin de garde :

JUGES DE TOUCHE

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Tél. :	N° licence :	Tél. :	N° licence :

DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE DE L'ASSOCIATION LOCALE

Nom :	Prénom :	N° de licence :
-------------	----------------	-----------------------

VISAS DES RÉDACTEURS DE LA FEUILLE DE MATCH AVANT LE COUP D'ENVOI

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Fonction :		Fonction :	
Signature :	N° licence :	Signature :	N° licence :