





## CARTON BLEU (commotions cérébrales)

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 la commission médicale de la ligue régionale du joueur en question

**SIGNATURE DE L'ARBITRE :**

JOUEUR(S) BLESSE(S)					
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

A	Équipe : .....					B	Équipe : .....				
	Min	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain		Min	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain
Tactique						Tactique					
Saignement						Saignement					
Blessure (y compris CC*)						Blessure (y compris CC*)					

\*CC = commotion cérébrale

## RÉCLAMATIONS

Seul le rédacteur de la feuille de match peut déposer une réclamation

<b>A</b>   Équipe réclamante : ..... 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"/> Exposé des motifs de la réclamation : ..... ..... ..... ..... ..... Nom : ..... Prénom : ..... Signature N° de licence	<b>B</b>   Équipe réclamante : ..... 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"/> Exposé des motifs de la réclamation : ..... ..... ..... ..... ..... Nom : ..... Prénom : ..... Signature N° de licence
<b>B</b>   Équipe adverse : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Signature N° de licence	<b>A</b>   Équipe adverse : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Signature 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).



**MATCHS  
AMICAUX**

**FEUILLE  
DE  
MATCH**

Date de la  
rencontre

Club organisateur

Compétition

Poule

**COMPOSITION DES ÉQUIPES**

**OBLIGATION d'encercler les numéros des joueurs remplaçants autorisés à évoluer aux postes de 1<sup>ère</sup> 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						B							
Équipe : .....						Équipe : .....							
N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2 <sup>e</sup> asso. (1)	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2 <sup>e</sup> asso. (1)
			A	B	C					A	B	C	
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						23							
24						24							
25						25							
26						26							
Titulaires						Titulaires							
Remplaçants						Remplaçants							
Capitaine	N°	Total :				Capitaine	N°	Total :					

(1) Cf. Article 223 des RG « autorisation de pratiquer le rugby dans une seconde association »

**PERSONNES ADMISES SUR LE BANC DE TOUCHE**

(4 maximum – si 5<sup>ème</sup> 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 : .....

**PREPARETEUR PHYSIQUE**

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

\*Uniquement en 1DF – 2DF – 2FB – 3DF – 3EB – ER21 – EF1 – Elite 1 Féminine – Elite 2 Féminine

**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° de licence : .....	Signature : .....	N° de licence : .....