

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

A 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 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 Équipe adverse : Nom : Prénom : Signature N° de licence	A Équipe adverse : Nom : Prénom : Signature N° de licence

En application de l'article 450-3, 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
	/...../.....	Tél. :

COMPOSITION DES ÉQUIPES

OBLIGATION d'en cercler 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 :					2 ^e asso. (1)	B	Équipe :					2 ^e asso. (1)		
	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.				N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.				
				A	B						C	A		B	C
Titulaires	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								
Remplaçants	16						16								
	17						17								
	18						18								
	19						19								
	20						20								
	21						21								
	22						22								
	23						23								
	24						24								
	25						25								
	26						26								
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^{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 :

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 :	Fonction :	Fonction :
Signature :	N° de licence :	Signature :	N° de licence :