 <b>MATCHS AMICAUX</b>	<h1>RAPPORT D'ARBITRE</h1>			Date de la rencontre ...../...../.....	Club organisateur .....	Compétition .....	Poule .....
				Tél. : .....			
Arbitre	NOM		Prénom	Ligue	N° licence	Tél.	
Entraîneur <small>(si absence d'arbitre)</small>						Tél.	
Représentant Fédéral						Tél.	

<b>A</b> Équipe : .....				<b>RÉSULTAT DU MATCH</b>				<b>B</b> Équipe : .....			
Éléments du score	Nombre	Valeur	Points	L'équipe ..... a battu / a fait match nul avec l'équipe ..... par <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> * à <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> * <th>Éléments du score</th> <th>Nombre</th> <th>Valeur</th> <th>Points</th>				Éléments du score	Nombre	Valeur	Points
Essai		5		* Bien vérifier l'exactitude du résultat				Essai		5	
But après essai		2						But après essai		2	
Essai de pénalité		7						Essai de pénalité		7	
But de pénalité		3						But de pénalité		3	
Drop-goal		3						Drop-goal		3	
<b>TOTAL</b>								<b>TOTAL</b>			

**Match dont le coup d'envoi n'a pas été donné\***       **Match qui n'est pas allé à son terme\***

**EXCLUSIONS TEMPORAIRES (1<sup>er</sup> carton jaune)**

A	N°	NOM et Prénom	N° de licence	B	N°	NOM et Prénom	N° de licence

**EXCLUSIONS DÉFINITIVES / INFRACTIONS DES PERSONNES DU BANC DE TOUCHE**

N° ou fonction	NOM et Prénom	N° de licence	Équipe	Motif de l'exclusion ou de l'infraction relevée						
				Indiscipline						Autres motifs
				2 <sup>ème</sup> carton jaune dans le même match	Contestation des décisions des officiels	Faute contre l'esprit du jeu	Nervosité	Non-respect de la zone affectée		

**DESORDRES OCCASIONNES PAR LES JOUEURS, LES DIRIGEANTS ET/OU LES SPECTATEURS\***

**RÉCLAMATION(S)**       **MATCH À EFFECTIF INCOMPLET\***       **AUTRE(S) INCIDENT(S)\***

**VISAS DES ASSOCIATIONS ET DE L'ARBITRE APRÈS LE MATCH**

<b>A</b> Équipe : .....	Arbitre		<b>B</b> Équipe : .....
Nom : ..... Prénom : .....	Signature		Nom : ..... Prénom : .....
Fonction :			Fonction :
N° de licence :			N° de licence :
Signature :			Signature :

\*Établir un rapport circonstancié (utiliser le rapport complémentaire sur la page 2)

NB : Tout refus de signature entraînera pour les associations une sanction financière prévue aux articles 443.5 et 511-3.3 des R.G.

**Important : la feuille de match est à transmettre à la FFR si une des équipes est engagée en compétition fédérale et/ou si un club étranger est concerné**



## 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"/> leur technique 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"/> leur technique 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 450-3, 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).

 <b>MATCHS AMICAUX</b>	<b>FEUILLE DE MATCH</b>	Date de la rencontre	Club organisateur	Compétition	Poule
		...../...../.....	.....	.....	.....
		Tél. : .....			

**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	Équipe : .....					2 <sup>e</sup> asso. (1)	B	Équipe : .....					2 <sup>e</sup> 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<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 : .....	Fonction : .....	Fonction : .....
Signature : .....	N° de licence : .....	Signature : .....	N° de licence : .....