

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

A Équipe :				RÉSULTAT DU MATCH				B Équipe :			
Éléments du score	Nombre	Valeur	Points	L'équipe a battu / a fait match nul avec l'équipe par [] [] [] [] * à [] [] [] [] * * Bien vérifier l'exactitude du résultat	Éléments du score	Nombre	Valeur	Points			
Essai		5			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				
TOTAL					TOTAL						

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

EXCLUSIONS TEMPORAIRES (1^{er} 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 ^{ème} 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

A Équipe :	Arbitre	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 au challenge, à la FFR ou à la Ligue régionale en fonction de l'autorité qui a délivré l'autorisation

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).

COMPOSITION DES ÉQUIPES

OBLIGATION d'encercler 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								
	27						27								
	28						28								
	29						29								
	30						30								
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 :

PREPARATEUR 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 :