

<input type="checkbox"/> Match dont le coup d'envoi n'a pas été donné*	<input type="checkbox"/> 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	

<input type="checkbox"/> DESORDRES OCCASIONNES PAR LES JOUEURS, LES DIRIGEANTS ET/OU LES SPECTATEURS*

<input type="checkbox"/> RÉCLAMATION(S)	<input type="checkbox"/> MATCH À EFFECTIF INCOMPLET*	<input type="checkbox"/> 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.

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 :
.....	

RÉCLAMATIONS

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

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 :
Signature	Signature
N° de licence	N° de licence
B Équipe adverse :	A Équipe adverse :
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Signature	Signature
N° de licence	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).

PERSONNES ADMISES SUR LE BANC DE TOUCHÉ

(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 TOUCHÉ

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

DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS

DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE	Nom :	Prénom :	N° de licence :
DE SECURITE	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 :