

CARTON BLEU (commotions cérébrales) – Uniquement en 1DF, 2DF, 3DF, E1F, E2F, Reichel-Espoirs, Elite Crabos, Elite Alamercury et Elite Gaudermen.

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 cartonbleu@ffr.fr

SIGNATURE DE L'ARBITRE :

JOUEUR(S) BLESSE(S) (préciser le nom du joueur, la nature de la blessure et sa localisation)

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 :							
	≅	⊆	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°		Nom du joueur entré sur le terrain	≅	⊆	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain	
Tactique ou saignement														
Blessure														

RÉCLAMATIONS

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

FEUILLE DE MATCH

Date de la rencontre

...../...../.....

Club organisateur

Tél. :

Compétition

Poule

COMPOSITION DES ÉQUIPES

OBLIGATION d'encrer 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 :					B Équipe :								
N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2° asso. (1)	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2° 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 ⁽²⁾							23 ⁽²⁾						
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 »
 (2) Uniquement dans les compétitions de catégories A et B

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 *		
Préparateur physique **			Préparateur physique **		

* En cas de non-présence physique d'un Médecin, porter les coordonnées téléphoniques du Médecin de garde :
 ** Uniquement en 1DF- 2DF- 2FB- 3DF- 3EB- ER22- 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 :		Signature :	
N° de licence :		N° de licence :	