





**COMMOTIONS CEREBRALES**

N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence

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 - Prénom :	Fonction :	NOM - Prénom :
Signature :		Signature :	

**RÉCLAMATIONS**

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

 	<b>RUGBY A X</b> <b>FEUILLE DE MATCH</b>	Date de la rencontre	Club organisateur	Compétition	Poule
		..... /..... /.....	.....	.....	.....
		Tél. :			

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE : .....

**OBLIGATION d'encercler les numéros des joueurs autorisés à évoluer aux postes de 1<sup>ère</sup> ligne. (hormis les FEMININES développement)**

N°	NOM (capitales d'imprimerie) et Prénom	N° de licence	Présences				1 <sup>er</sup> carton jaune	2 <sup>nd</sup> carton jaune	3 <sup>ème</sup> carton jaune	Carton rouge
			M 1	M 2	M 3	M 4				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
N° Capitaine :			Total:							

Partie à renseigner et signer par l'arbitre à l'issue du plateau : M1 (Match1), M2, M3, ...

Signature de l'arbitre :

(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)

	NOM (capitales d'imprimerie) et Prénom	N° de licence
Entraîneur(s)		
Soigneur		
Adjoint-terrain		
Médecin *		

\* En cas de non-présence physique d'un Médecin, porter les coordonnées téléphoniques du Médecin de garde : .....

**DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE DE L'ASSOCIATION LOCALE**

Nom : .....	Prénom : .....	N° de licence : .....
-------------	----------------	-----------------------

**VISA DU RÉDACTEUR DE LA FEUILLE DE MATCH AVANT LE COUP D'ENVOI**

Nom : .....		Prénom : .....	
Fonction :			
N° de licence :		Signature :	