

 <p>Championnat de France Email : <a href="mailto:rapport-officiel@ffr.fr">rapport-officiel@ffr.fr</a> Département des Activités Sportives 3-5 Rue Jean Montaigu 91463 MARCOUSSIS CEDEX</p>	<h1>RAPPORT D'ARBITRE</h1>	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  Score si Tirs aux buts : A : _ - _ : B	Éléments du score	Nombre	Valeur	Points	
Essai		5			TOTAL	Essai		5	
Transformation		2				Transformation		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<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 entrainera 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 :
---------------------	-------------------------	-----------	---------------------	-------------------------	-------------

## 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 : .....	<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 : .....
Signature	Signature
N° de licence	N° de licence
<b>B</b> Équipe adverse : .....	<b>A</b> 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).



# 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<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					B								
Équipe : .....					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													
②													
③													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23 <sup>(2)</sup>													
Titulaires													
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<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 : .....

### 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

<b>DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE</b>	Nom : .....	Prénom : .....	N° Licence :
<b>DE SECURITE</b>	Nom : .....	Prénom : .....	N° 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 : .....