



Rapport à transmettre
à la ligue

RAPPORT DU REPRÉSENTANT FÉDÉRAL

« 3 »

N° de rencontre : 201920 _____ RCT

Figure sur les convocations du représentant fédéral, de l'arbitre ou des associations

Date de la rencontre/...../.....	Club organisateur Téléphone :	Compétition	Poule
---	---	----------------------	----------------

Arbitre	NOM		Prénom		Ligue		N° de licence		Tél.	
Entraîneur (Si absence d'arbitre)								Tél.		
Représentant Fédéral								Tél.		

RÉSULTAT DU MATCH DE L'ÉQUIPE « UNE »

A						B					
Essai	Transf.	Essai de pénalité	Pénalité	Drop	Score	Essai	Transf.	Essai de pénalité	Pénalité	Drop	Score

Match dont le coup d'envoi n'a pas été donné*

Match qui n'est pas allé à son terme*

INFRACTIONS RELEVÉES PAR LE REPRÉSENTANT FÉDÉRAL

N° ou fonction	NOM et Prénom	Numéro de licence	Club

DESORDRES OCCASIONNES PAR LES JOUEURS, LES DIRIGEANTS ET/OU LES SPECTATEURS*

RÉCLAMATION(S)

MATCH À EFFECTIF INCOMPLET*

AUTRE(S) INCIDENT(S)*

*Établir un rapport circonstancié (utiliser le rapport complémentaire sur la page 3)

MATCH DE LEVER DE RIDEAU

A	Équipe :	B	Équipe :
Arbitre (nom, prénom)		Résultat du match	
Officiel :		Équipe A	Équipe B
Entraîneur (Si absence d'arbitre)		Effectif présent au coup d'envoi du match (titulaires et remplaçants)	
SCORE FINAL		Équipe A	Équipe B
<input type="checkbox"/> Match qui n'est pas allé à son terme <input type="checkbox"/> Réclamation(s) <input type="checkbox"/> Match à effectif incomplet <input type="checkbox"/> Forfait(s) <input type="checkbox"/> Autre(s) incident(s)		Commentaire(s) :	

VISAS DES ASSOCIATIONS ET DU REPRÉSENTANT FÉDÉRAL APRÈS LE MATCH

A	Équipe :	B	Équipe :
Nom : Prénom :		Nom : Prénom :	
Fonction :		Fonction :	
N° de licence :		Signature du représentant fédéral	
Écrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »	Signature	Écrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »	Signature

Les dirigeants rédacteurs et le représentant fédéral sont priés de compléter tous les paragraphes de cet imprimé avec soin et précision. Tout refus de signature entraînera pour les associations une sanction financière prévue aux articles 443.5 et 511 des R.G.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL *(cocher la case adéquate)*

Durée du match	<input type="checkbox"/> Le match <input type="checkbox"/> a donné <input type="checkbox"/> n'a pas donné lieu à prolongations			
Temps				
Terrain	Etat			
	Marquage			
	Sécurité	<input type="checkbox"/> La zone de dégagement de 3,50m est-elle exclue de tout obstacle même provisoire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Présence d'une main courante tout autour de l'aire de jeu ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> La main courante est-elle obstruée ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Les zones des bancs de touche sont-elles correctement tracées ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Mesures de sécurité	<input type="checkbox"/> Dirigeant responsable : M. : N° de licence : <input type="checkbox"/> Assisté par : Nb de bénévoles : Nb de professionnels : <input type="checkbox"/> Efficacité : <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Evaluation du nombre de spectateurs :			
État des installations sanitaires	<input type="checkbox"/> Propreté des vestiaires et douches arbitre : <input type="checkbox"/> Propreté des vestiaires et douches joueurs : <input type="checkbox"/> Dimension des vestiaires : <input type="checkbox"/> Chauffage :	<input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Non	
Mesures de sécurité et de secours	<input type="checkbox"/> Accès des moyens de secours au stade : <input type="checkbox"/> Affichage de la liste des médecins de garde : <input type="checkbox"/> Affichage des numéros d'urgence : <input type="checkbox"/> Médecin : Identité : M..... <input type="checkbox"/> SAMU ou SMUR : <input type="checkbox"/> Sapeurs-pompiers : <input type="checkbox"/> Croix-Rouge ou autres : <input type="checkbox"/> Présence du brancard : <input type="checkbox"/> Bon état du brancard : <input type="checkbox"/> Accès au brancard : <input type="checkbox"/> Présence d'une couverture : <input type="checkbox"/> Pharmacie de 1 ^{er} secours : <input type="checkbox"/> Présence de deux colliers cervicaux :	<input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> présent Téléphone : <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> de garde <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	

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

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

LICENCE(S) NON CONFORME(S)

N° ou fonction	NOM et Prénom	Numéro de licence	Club	Motif

