|  |
| --- |
| **COMPÉTITIONS RUGBY A X**N° de rencontre : 202122 I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I RCT*Figure sur les convocations de l’arbitre, des associations ou du représentant fédéral***MATCH SEC - SAISON 2021-2022** |
| \\SERV-IDF\LigueIDF\Commun\DOCUMENTS TYPES LIGUE\Logo Ligue\logo_LIGUES_REGIONALES_ILE_DE_FRANCE_cmjn\logo_LIGUES_REGIONALES_ILE_DE_FRANCE_cmjn.png **Rapport à transmettre par l’officiel de la rencontre à la ligue gestionnaire de la compétition** | **RAPPORT D’ARBITRE** | Date de la rencontre | Club organisateur | Compétition | Poule |
| ..…./…...../…... | ……………………………. |  | …… |
| Tél. :  |
| Arbitre | NOM |  | Prénom |  | Ligue |  | N° licence |  | Tél. |  |
| Entraineur(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 I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I \* à I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I \* \* *Bien vérifier l’exactitude du résultat**Score si Tirs aux buts :**A : \_\_ - \_\_ : B* | Éléments du score | Nombre | Valeur | Points |
| Essai |  | **5** |  | 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** *(1er 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** |
| 2ème 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.*

|  |
| --- |
| **RAPPORT RELATIF AUX PERSONNES PHYSIQUES (notamment les exclusions définitives)**Préciser la zone du corps touchée lors d’un acte de jeu déloyal et retranscrire les propos proférés par toute personne visée par un rapport |
| *Nom – Prénom – N° de licence* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **RAPPORT RELATIF AUX DESORDRES, MATCHS A EFFECTIF INCOMPLET, AUX AUTRES INCIDENTS (tels qu’une panne d’électricité), ETC.**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| IMPORTANT |  | **AVANT LE MATCH** : la feuille de match doit être contrôlée par l’arbitre ou le représentant fédéral ; contrôlée et signée par les Présidents des associations concernées ou leurs délégataires qui sont responsables de la rédaction de la feuille de match, de la composition des équipes, de la numérotation des joueurs et des personnes admises sur le banc de touche. **APRÈS LE MATCH** : le rapport d’arbitre doit être complété, contrôlé et signé par l’arbitreetsigné par les Présidents des associations ou leurs délégataires, avec la mention « vu et pris connaissance »,.**NB** : La feuille de match (rapport d’arbitre) doit être adressée à la ligue régionale selon la procédure qu’elle a mise en place au plus tard le lendemain de la rencontre. Cet envoi incombe à l’arbitre du match, ou en son absence, à l’entraîneur qui a dirigé la rencontre. |

Date : ………………………………… Signature de l’arbitre :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  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 :  |

**REMPLACEMENTS EN COURS DE MATCH** |
| **A** | Équipe : ……………………………………..…………………. | **B** | Équipe : ……………………………………..…………………. |
| Min | N° | Nom du joueursorti du terrain | N° | Nom du joueurentré sur le terrain | Min | N° | Nom du joueursorti du terrain | N° | Nom du joueurentré 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A | Équipe réclamante : …………………………….………..… | B | Équipe réclamante : ……………………………..………………….. |
| Déposée : avant le match après le match  | Déposée : avant le match après le match  |
| Motifs : qualification identité autres motifs  | Motifs : qualification identité autres motifs  |
| Exposé des motifs de la réclamation : | Exposé des motifs de la réclamation : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Nom : ………………………………Prénom : …………………..………. | Nom : …………………………………. Prénom : ………………………….… |
| Signature | N° de licence | Signature | N° de licence |
| B | Équipe adverse : ………………………………….…………. | A | Équipe adverse : …………………………………………….…… |
| Nom : ……………………………..…Prénom : ………………………….. | Nom : ……………………………..….…Prénom : …………………..……… |
| Signature | N° de licence | Signature | N° de licence |

E*n 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).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \\SERV-IDF\LigueIDF\Commun\DOCUMENTS TYPES LIGUE\Logo Ligue\logo_LIGUES_REGIONALES_ILE_DE_FRANCE_cmjn\logo_LIGUES_REGIONALES_ILE_DE_FRANCE_cmjn.png**Rapport à transmettre par l’officiel de la rencontre à la ligue gestionnaire de la compétition** | **FEUILLE****DE** **MATCH** | Date de la rencontre | Club organisateur | Compétition | Poule |
| .. .…. /….…/….. | ……………….………………… | ………...………….… | ……….... |
| Tél. :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COMPOSITION DES ÉQUIPES*****OBLIGATION d’encercler les numéros des joueurs remplaçants autorisés à évoluer aux postes de 1ère ligne. Cette obligation ne concerne pas les catégories féminines.*** |  |
| **A** | Équipe :…........………………………………….. | **2e asso. (1)** | **B** | Équipe : ……………………..…………………………… | **2e asso. (1)** |
| **Titulaires**  | **N°** | NOM *(lettres capitales)* | N° de licence | TypeQualif. | **Titulaires** | **N°** | NOM *(lettres capitales)* | N° de licence | TypeQualif. |
| A | B | C | A | B | C |
| **➀** |  |  |  |  |  |  | **➀** |  |  |  |  |  |  |
| **➁** |  |  |  |  |  |  | **➁** |  |  |  |  |  |  |
| **➂** |  |  |  |  |  |  | **➂** |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **Remplaçants** | 11 |  |  |  |  |  |  | **Remplaçants** | 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  | 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  | 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  | 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |
| Capitaine | N° Total : |  |  |  |  | Capitaine | N° Total : |  |  |  |  |
|
|  | 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 5ème 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 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 : ............................. | N° de licence :........................ | Signature : ............................. | N° de licence :........................ |