

 <b>Championnat de France</b> <b>FFR</b> Email : <a href="mailto:competitions@ffr.fr">competitions@ffr.fr</a> Département des Activités Sportives 3-5 Rue Jean Montaigu 91463 MARCOUSSIS CEDEX	<b>RAPPORT DU REPRÉSENTANT FÉDÉRAL</b> <b>« 1 » et « 2 »</b>	N° de rencontre : 202425 _____ RCT <small>Figure sur les convocations du représentant fédéral, de l'arbitre ou des associations</small>								
		Date de la rencontre .../.../...	Club organisateur ..... Téléphone : .....	Compétition .....	Poule .....					
Arbitre Entraîneur (Si absence d'arbitre) Représentant Fédéral	NOM		Prénom		Ligue		N° licence		Tél.	
								Tél.		
								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 INCOMPLÉT\*

 AUTRE(S) INCIDENT(S)\*

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

### MATCH DE LEVER DE RIDEAU : FEDERALE B ou EXCELLENCE B

<b>A</b>	Équipe : .....	<b>B</b>	Équipe : .....																												
Arbitre (nom, prénom)	Résultat du match		Effectif présent au coup d'envoi du match (titulaires et remplaçants)																												
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">Équipe A</th> <th colspan="5">Équipe B</th> </tr> <tr> <th>E</th><th>T</th><th>EP</th><th>P</th><th>D</th> <th>E</th><th>T</th><th>EP</th><th>P</th><th>D</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			Équipe A					Équipe B					E	T	EP	P	D	E	T	EP	P	D								
Équipe A					Équipe B																										
E	T	EP	P	D	E	T	EP	P	D																						
Officiel :	.....	Équipe A																													
Entraîneur (Si absence d'arbitre)	.....	Équipe B																													
SCORE FINAL		.....																													
<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

<b>A</b>	Équipe : .....	<b>B</b>	Équipe : .....
Nom : .....Prénom : .....		Nom : .....Prénom : .....	
Fonction : .....		Fonction : .....	
N° de licence : .....		N° de licence : .....	
Écrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »		Signature du représentant fédéral	
Signature		Écrire en toutes lettres « vu et pris connaissance »	
Signature		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 entrainera 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"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Oui <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 <sup>er</sup> secours : <input type="checkbox"/> Présence de deux colliers cervicaux :	<input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> présent <input type="checkbox"/> de garde Téléphone : ..... <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> présents <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <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

