

COMPÉTITIONS FÉDÉRALES

SAISON 2024 - 2025

N° de rencontre : 202425 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RCT

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

 Championnat de France Email : competitions@ffr.fr Département des Activités Sportives 3-5 Rue Jean Montaigu 91463 MARCOUSSIS CEDEX	<h1 style="font-size: 2em;">RAPPORT D'ARBITRE</h1>	Date de la rencontre	Club organisateur	Compétition	Poule
	/...../.....	Tél. :		

Arbitre	NOM		Prénom		Ligue		N° licence		Tél.			
Entraîneur <small>(si absence d'arbitre)</small>											Tél.	
Représentant Fédéral											Tél.	

A Équipe : **RÉSULTAT DU MATCH** **B** Équipe :

Éléments du score	Nombre	Valeur	Points		Éléments du score	Nombre	Valeur	Points
Essai		5		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	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^{er} 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 ^{ème} 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.

CARTON BLEU (commotions cérébrales)

N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence

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

A Équipe réclamante :	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 Équipe adverse :	A 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).

 Championnat de France Email : rapport-officiel@ffr.fr Département des Activités Sportives 3-5 Rue Jean Montaigu 91463 MARCOUSSIS CEDEX	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 1^{ère} 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	Équipe :					2 ^e asso. (1)	B	Équipe :					2 ^e asso. (1)		
	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.				N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.				
				A	B						C	A		B	C
Titulaires	①						①								
	②						②								
	③						③								
	4						4								
	5						5								
	6						6								
	7						7								
	8						8								
	9						9								
	10						10								
	11						11								
	12						12								
	13						13								
	14						14								
	15						15								
Remplaçants	16						16								
	17						17								
	18						18								
	19						19								
	20						20								
	21						21								
	22						22								
	23 ⁽²⁾						23 ⁽²⁾								
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^{ème} 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 NAT – NAT2 – 1DF – 2DF – 2FB – 3DF – 3EB – ERE – ERA – EF1 – E1F – E2F

JUGES DE TOUCHE

Nom :Prénom :	Nom :Prénom :
Tél :N° licence :	Tél :N° licence :

DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS

DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE	Nom :	Prénom :	N° Licence :
DE SECURITE	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 :