





CARTON BLEU (commotions cérébrales)						
N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence		
<b>SIGNATURE DE L'ARBITRE :</b>						
<b>JOUEUR(S) BLESSE(S)</b>						
N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence	Nature et localisation de la blessure	
<b>VISAS DES ASSOCIATIONS</b>						
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"/> à <input type="checkbox"/> es le match <input type="checkbox"/>	Déposée : avant le match <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> es le match <input type="checkbox"/>
Motifs : qualification <input type="checkbox"/> entité au <input type="checkbox"/> s motifs <input type="checkbox"/>	Motifs : qualification <input type="checkbox"/> entité au <input type="checkbox"/> s 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).

 <b>Rapport à transmettre par l'officiel de la rencontre à la ligue gestionnaire de la compétition</b>	<b>FEUILLE DE MATCH</b>	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<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	Équipe : .....					2 <sup>e</sup> asso. (1)	B	Équipe : .....					2 <sup>e</sup> 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								
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 TOUCHÉ**

(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 : .....

**JUGES DE TOUCHÉ**

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

**DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS**

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