

CARTON BLEU (commotions cérébrales)

| Equipe A | | | Equipe B | | |
|----------|-----|--------|----------|-----|--------|
| N° | NOM | PRENOM | N° | NOM | PRENOM |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

L'arbitre devra compléter la fiche « 1A - Expérimentation Carton bleu – Fiche de signalement arbitre de suspicion de commotion cérébrale » et la transmettre à cartonbleu@ffr.fr

SIGNATURE DE L'ARBITRE :

JOUEUR(S) BLESSE(S) (préciser le nom du joueur, la nature de la blessure et sa localisation)

VISAS DES ASSOCIATIONS

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Fonction : | NOM - PRENOM : | Signature : | Fonction : | NOM - PRENOM : | Signature : |
|---------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|

REPLACEMENTS EN COURS DE MATCH (le cas échéant, joindre la feuille de mouvements)

| 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 ou saignement | | | | | | Tactique ou saignement | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Blessure | | | | | | Blessure | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

RÉCLAMATIONS

| | |
|--|--|
| A Équipe réclamante : 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"/> Exposé des motifs de la réclamation : Somme versée : Nom : Prénom : Fonction : Signature N° de licence | B Équipe réclamante : 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"/> Exposé des motifs de la réclamation : Somme versée : Nom : Prénom : Fonction : Signature N° de licence |
| B Équipe adverse : Nom : Prénom : Fonction : Signature N° de licence | A Équipe adverse : Nom : Prénom : Fonction : Signature N° de licence |

FEUILLE DE MATCH

Date de la rencontre

...../...../.....

Club organisateur

Tél. :

Compétition

Poule

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 : | | | | | B Équipe : | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|---------------|--------------|---|------------------|--------------|-------------------|-------------------------|---------------|--------------|---|---|--------------|
| N° | NOM (lettres capitales) | N° de licence | Type Qualif. | | | 2° asso. (1) | N° | NOM (lettres capitales) | N° de licence | Type Qualif. | | | 2° asso. (1) |
| | | | A | B | C | | | | | A | B | C | |
| 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 | | | | | | |
| 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 suivantes : 1ère division fédérale, Reichel-Espoirs, Espoirs Fédéraux 1

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 (1DF, 2DF, 3DF, Top 8, Armelle Auclair uniquement)

| Equipe A | NOM | N° licence | Equipe B | NOM | N° licence |
|----------|-----|------------|----------|-----|------------|
| | | | | | |

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 : | Fonction : | Nom : | Prénom : | Fonction : |
| Signature : | N° licence : | | Signature : | N° licence : | |