





## JOUEUR(S) BLESSÉ(S)

**A remplir par un dirigeant de l'équipe du joueur blessé :** il précisera si possible la nature apparente de la blessure et sa localisation (exemple : blessure ouverte au cuir chevelu côté droit). TOUTE BLESSURE SUR COMMOTION CEREBRALE SERA SIGNALÉE CI-DESSOUS.


Nom et prénom du dirigeant ayant rempli ce paragraphe, Équipe A :

N° de licence :

Nom et prénom du dirigeant ayant rempli ce paragraphe, Équipe B :

N° de licence :

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

Équipe : .....					Équipe : .....						
A	Minute	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain	B	Minute	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain
	Tactique ou saignement							Tactique ou saignement			
CC*						CC*					
Blessure						Blessure					

\*CC = commotion cérébrale

### RÉCLAMATIONS

<b>A</b> Équipe réclamante : .....	<b>B</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 :
Somme versée :	Somme versée :
Nom : ..... Prénom : .....	Nom : ..... Prénom : .....
Fonction :	Fonction :
Signature	Signature
N° de licence	N° de licence
<b>B</b> Équipe adverse : .....	<b>A</b> Équipe adverse : .....
Nom : ..... Prénom : .....	Nom : ..... Prénom : .....
Fonction :	Fonction :
Signature	Signature
N° de licence	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<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 : .....					B Équipe : .....								
N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2 <sup>e</sup> asso. (1)	N°	NOM (lettres capitales)	N° de licence	Type Qualif.			2 <sup>e</sup> 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 <sup>(2)</sup>							23 <sup>(2)</sup>						
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<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 : .....

## 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 : .....	