





## CARTON BLEU (commotions cérébrales)

N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence

L'arbitre devra compléter la fiche « 1A - Expérimentation Carton bleu – Fiche de signalement arbitre de suspicion de commotion cérébrale » et la transmettre à la commission médicale de la ligue régionale du joueur en question

**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

<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 :
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).

**COMPOSITION DES ÉQUIPES**

**OBLIGATION d'encrer 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					B									
Équipe : .....					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														
②														
③														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23 <sup>(2)</sup>														
Titulaires														
Remplaçants														
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<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**

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

\*Uniquement en 1DF – 2DF – 2FB – 3DF – 3EB – ER21 – EF1 – Elite 1 Féminine – Elite 2 Féminine

**JUGES DE TOUCHE**

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

**DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS**

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