

 <p>COMPÉTITIONS RÉGIONALES <b>FFR</b> LIGUE RÉGIONALE NOUVELLE-AQUITAINE retourner avant le lundi 12 h, à : competitions@liquenouvelleaquitaine.ffr.fr</p>	<h1>RAPPORT D'ARBITRE</h1>	Date de la rencontre ...../...../.....	Club organisateur .....	Compétition .....	Poule .....
		Tél. : .....			

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

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

Éléments du score	Nombre	Valeur	Points	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	Éléments du score	Nombre	Valeur	Points																									
Essai		5			<table border="1"> <tr><td>Essai</td><td></td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>Transformation</td><td></td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Essai de pénalité</td><td></td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>But de pénalité</td><td></td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Drop-goal</td><td></td><td>3</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>TOTAL</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>TOTAL</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Essai		5		Transformation		2		Essai de pénalité		7		But de pénalité		3		Drop-goal		3		<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>			
Essai		5																															
Transformation		2																															
Essai de pénalité		7																															
But de pénalité		3																															
Drop-goal		3																															
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>																													
Transformation		2																															
Essai de pénalité		7																															
But de pénalité		3																															
Drop-goal		3																															

Match dont le coup d'envoi n'a pas été donné\*       Match qui n'est pas allé à son terme\*

**EXCLUSIONS TEMPORAIRES (1<sup>er</sup> 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 <sup>ème</sup> 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**

<b>A</b> Équipe : .....	Arbitre	<b>B</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 entrainera pour les associations une sanction financière prévue aux articles 443.5 et 511-3.3 des R.G.

**RAPPORT RELATIF AUX PERSONNES PHYSIQUES (notamment les exclusions définitives)**

Préciser la zone du corps touchée lors d'un acte de jeu déloyal et retranscrire les propos proférés par toute personne visée par un rapport

Nom – Prénom – N° de licence	

**RAPPORT RELATIF AUX DESORDRES, MATCHS A EFFECTIF INCOMPLET, AUX AUTRES INCIDENTS (tels qu'une panne d'électricité), ETC.**


**IMPORTANT**

**AVANT LE MATCH** : la feuille de match doit être contrôlée par l'arbitre ou le représentant fédéral ; contrôlée et signée par les Présidents des associations concernées ou leurs délégataires qui sont responsables de la rédaction de la feuille de match, de la composition des équipes, de la numérotation des joueurs et des personnes admises sur le banc de touche.  
**APRÈS LE MATCH** : le rapport d'arbitre doit être complété, contrôlé et signé par l'arbitre et signé par les Présidents des associations ou leurs délégataires, avec la mention « vu et pris connaissance ».  
**NB** : La feuille de match (rapport d'arbitre) doit être transmise à la F.F.R. en la déposant sur Oval-E dans la rubrique « document » de la rencontre. Cet envoi incombe à l'arbitre du match, ou en son absence, à l'entraîneur qui a dirigé la rencontre.

Date : ..... Signature de l'arbitre :

## 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).

# FEUILLE DE MATCH

Date de la rencontre

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

Club organisateur

Tél. : .....

Compétition

Poule

## 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 : .....