MATCHS AMICAUX
SAISON 2020-2021

N° de rencontre : 202021 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| RCT
Figure sur les convocations de l'arbitre, des associations ou du représentant fédéral

MATCHS AMICAUX	RAPPORT D'ARBITRE	Date de la rencontre	Club organisateur	Compétition	Poule
		...../...../.....	..... Tél. :		.....

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

RÉSULTAT DU MATCH

A Équipe : .....

Éléments du score	Nombre	Valeur	Points
Essai		**5**	
But après essai		**2**	
Essai de pénalité		**7**	
But de pénalité		**3**	
Drop-goal		**3**	
		TOTAL	

L'équipe .....
a battu / a fait match nul avec
l'équipe .....
par |_____|_____|_____| *
à |_____|_____|_____| *
** Bien vérifier l'exactitude du résultat*

B Équipe : .....

Éléments du score	Nombre	Valeur	Points
Essai		**5**	
But après essai		**2**	
Essai de pénalité		**7**	
But de pénalité		**3**	
Drop-goal		**3**	
		TOTAL	

❑ **Match dont le coup d'envoi n'a pas été donné***

❑ **Match qui n'est pas allé à son terme***

EXCLUSIONS TEMPORAIRES *(1er 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**
				2ème 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

A Équipe :	Arbitre	**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 entraînera pour les associations une sanction financière prévue aux articles 443.5 et 511-3.3 des R.G.

Important : la feuille de match est à transmettre à la FFR si une des équipes est engagée en compétition fédérale et/ou si un club étranger est concerné

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 :

REMPLACEMENTS 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~~

A Équipe réclamante :		**B** Équipe réclamante :	
Déposée : avant le match ☐ après le match ☐		Déposée : avant le match ☐ après le match ☐	
Motifs : qualification ☐ identité ☐ ~~autres motifs~~ ☐ leur technique		Motifs : qualification ☐ identité ☐ ~~autres motifs~~ ☐ leur technique	
Exposé des motifs de la réclamation :		Exposé des motifs de la réclamation :	
Nom : .....Prénom :		Nom : ..... Prénom :	
Signature	N° de licence	Signature	N° de licence
B Équipe adverse :		**A** Équipe adverse :	
Nom : .....Prénom :		Nom : .....Prénom :	
Signature	N° de licence	Signature	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).

FFR MATCHS AMICAUX	FEUILLE DE MATCH	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 1ère 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 : .....

	N°	NOM *(lettres capitales)*	N° de licence	Type Qualif. A	B	C	2e asso. (1)
Titulaires	①						
	②						
	③						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
Remplaçants	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
Capitaine	N°	Total :					

B Équipe : .....

	N°	NOM *(lettres capitales)*	N° de licence	Type Qualif. A	B	C	2e asso. (1)
Titulaires	①						
	②						
	③						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
Remplaçants	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
Capitaine	N°	Total :					

(1) Cf. Article 223 des RG « *autorisation de pratiquer le rugby dans une seconde association* »

PERSONNES ADMISES SUR LE BANC DE TOUCHE

(4 maximum – si 5ème 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 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 :		Nom : ..... Prénom :	
Fonction :		Fonction :	
Signature :	N° de licence :.....	Signature :	N° de licence :.....