FEUILLE DE SCORE RUGBY A X

TOURNOI : **POULE :** **MATCH N°:**

EQUIPE 1 :								EQUIPE 2 :						
Essai	Trans.	Pen.	Drop	CJ	CR	Score		Essai	Trans.	Pen.	Drop	CJ	CR	
Total ES														Total ES

	Nom	Signature
Manager		

	Nom	Signature
Manager		

	Nom	Signature
Table de marque		
Arbitre		

Rappel : Les managers et l'arbitre central signent pour valider les ELEMENTS DE SCORE (ES) qui devront être signalés par le numéro du joueur ou de la joueuse (Exemple - Essai : 12). Aucune réclamation ne sera acceptée après signature.

❑ **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 :		Nom : ..... Prénom : .....
Fonction :		Fonction :
N° de licence :	Signature	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.

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 adressée à la ligue régionale selon la procédure qu'elle a mise en place au plus tard le lendemain 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 :

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 ☐		Motifs : qualification ☐ identité ☐ autres motifs ☐	
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).

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 :……

JUGES DE TOUCHE

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

DIRIGEANT DÉLÉGUÉ AUX OPÉRATIONS

DE CONTRÔLE ANTI-DOPAGE	Nom : …….	Prénom : ……	N° de licence :
DE SECURITE	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 :.....