

JOUEUR(S) BLESSE(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.					
N°	Equipe	Nom	Prénom	N° de licence	Nature et localisation de la blessure

REPLACEMENTS EN COURS DE MATCH

A	Équipe :					B	Équipe :				
	Minute	N°	Nom du joueur sorti du terrain	N°	Nom du joueur entré sur le terrain		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

COMPOSITION DES ÉQUIPES

OBLIGATION d'encrer les numéros des joueurs remplaçants autorisés à évoluer aux postes de 1^{ère} 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							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							23						
24							24						
25							25						
26							26						
Titulaires													
Remplaçants													
Capitaine	N°	Total :					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 5^{ème} 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 *		
Préparateur physique **			Préparateur physique **		

* En cas de non-présence physique d'un Médecin, porter les coordonnées téléphoniques du Médecin de garde :

** Uniquement en 1DF- 2DF- 2FB- 3DF- 3EB- ER22- 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 :

