



DISTRICT DES HAUTES-PYRENEES DE FOOTBALL

Centre Kennedy – Rue E. Aldrin – 65000 TARBES

Tél : 05 62 34 93 53

Fax : 05 62 34 93 54



RAPPORT D'ARBITRE

A retourner **IMPERATIVEMENT**
dans les 24 heures après la rencontre

Fonction :

Nom de l'Arbitre :

Match n° :

Compétition :

Date :

CLUBS

RESULTAT

RECEVANT :	Lettres	Chiffres	
VISITEUR :	Lettres	Chiffres	
PROLONGATION : <input type="checkbox"/> OUI – NON <input type="checkbox"/>			Tirs au but

Autres officiels présents sur la rencontre : OUI – NON

Si oui, le(s)quel(s) : AC A1 A2 Délégué Observateur Autre(s)

DISCIPLINE – Joueur(s) averti(s) ou exclu(s)

N°	Av	Ex	NOM et Prénom/initial prénom du joueur	N° de licence	Club d'appart	Temps de jeu – MOTIFS (Rapport circonstancié page 2)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			. .	' - . .

DISCIPLINE – Officiel(s) d'équipe exclu(s) : Oui / Non

AUTRES INCIDENT(S) AVANT, PENDANT ou APRES LA RENCONTRE : Oui / Non

Avis sur l'état des vestiaires d'arbitres (douches comprises)

Lieu :

Explications, sinon RAS :



DISTRICT DES HAUTES-PYRENEES DE FOOTBALL

Centre Kennedy – Rue E. Aldrin – 65000 TARBES

Tél : 05 62 34 93 53

Fax : 05 62 34 93 54



Match n° :

Compétition :

Date :

R A P P O R T C I R C O N S T A N C I E

Fin du rapport.

Rédigé le :

L'Arbitre de la rencontre :

A renvoyer sous 24 heures après la rencontre à :

secretariat@district-foot-65.fff.fr

Copie CDA obligatoire : cda.arbitres65@gmail.com + rapport.arbitres65@gmail.com