



Photo  
3,5x3,5

**DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE  
SYMPTOMES D'INFECTION PAR LA COVID-19**  
SAISON SPORTIVE: 2020 - 2021

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr : .....

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

ligue de : .....

Demeurant : .....

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ?                                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ?                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ?       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 depuis février 2020 ?            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ?      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ?    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ?              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**L'arbitre devra absolument consulter le médecin avant la signature de la licence s'il :**

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiène et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature de l'arbitre

Fait à : .....

Le : ..... à : ..... h ..... mn

الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
**F**ÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL



## DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : /\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M:  F:

LIGUE : \_\_\_\_\_

### 1. CARACTERISTIQUES

Arbitre :

- FIFA
- CAF
- FAF
- Inter-Région
- Régionale
- Wilaya
- Autres : .....

Date ou l'année d'obtention du grade : .....

**2. ANTECEDENTS MEDICAUX :**

**PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES**

<b>Général</b>	<b>Non</b>	<b>Oui, dans les 4 dernières semaines</b>			<b>Oui, il y a plus de 4 semaines</b>		
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Infections (surtout virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Allergie nourriture/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<b>Cœur et poumon</b>	<b>Non</b>	<b>Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort</b>			<b>Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort</b>		
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Non</b>	<b>Oui, dans les 4 dernières semaines</b>			<b>Oui, il y a plus de 4 semaines</b>		
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Conseillé d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

**ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)**

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noyade inexplicquée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident de voiture inexplicqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS**

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament contre l'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypolipidémiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ cm Poids: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ kg BMI : /\_\_\_//\_\_\_/,/\_\_\_/\_\_\_/

**Glande thyroïde** :  normal  anormal

**Nœud lymphatique/rate**  normal  anormal

**Acuité visuelle** : OD : /\_\_\_/\_\_\_/ OG : /\_\_\_/\_\_\_/

**ORL** : Surdité :  Non  Oui

#### **Examen bucco-dentaire**

Nombre de dents cariées: /\_\_\_/\_\_\_/

Nombre de dents absentes: /\_\_\_/\_\_\_/

Hygiène bucco-dentaire :  Bonne  Insuffisante

#### **Poumons** :

Auscultation  normale  anormale

Percussion  normale  anormale

Si Anormal,

Précisez : .....

#### **Abdomen**

Palpation  normale  anormale

Si Anormal,

Précisez : .....

**Port d'appareil médico-chirurgical** :  Non  Oui

Si Oui,

Précisez : .....

**Symptômes du syndrome de Marfan** :  Non

Oui : précisez : .....

Déformation du thorax

Long bras et longues jambes

Pieds plats

Scoliose

Dislocation du cristallin

Autre \_\_\_\_\_

#### 4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme  normal  arythmique

Son  normal  anormal, précisez :  
 dédoublement  
 paradoxal  
 3<sup>e</sup> son  
 4<sup>e</sup> son

Souffle  non  oui, précisez :  
 Systolique R intensité /\_/6  
 Diastolique R intensité /\_/6  
 Claquements  
 Changements durant la manœuvre de Valsalva  
 Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique  non  oui

Veine jugulaire (position à 45°)  normale  anormale

Reflux hépato-jugulaire  non  oui

#### Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique  palpable  non palpable

Bruits vasculaires  non  oui

Varices  non  oui

**Pouls après 5 minutes de repos :**    /\_/\_/\_/\_/ /min

#### **Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos**

Bras droit :                    /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ mmHg

Bras gauche                    /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ mmHg

#### **ECG 12 ELECTRODES**

**\* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

\* Joindre une copie au contrôle

Résumé de l'analyse de l'ECG :             normal             anormal

Si Anormal, précisez : .....

.....

## **ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :**

Effectuée le : /\_\_/\_/ \_\_/\_/\_/ \_\_/\_/\_/\_/\_/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....  
.....  
.....

**NB :**

- L'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L'AGE DE L'ARBITRE.
- DOIT ETRE RENOUELEE DES L'AGE DE 20 ANS

## **5. ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):**

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /\_\_/\_/ \_\_/\_/\_/ //\_\_\_/

Résumé de l'épreuve d'Effort (Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort).

.....  
.....  
.....

**NB :** L'ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35 ANS, RENOUELE CHAQUE DEUX ANS.

## **6. AUTRES PATHOLOGIES :**

Non :

Oui :

Si oui, précisez : .....

## **7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) :** \* joindre les documents signés par le laboratoire.

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Groupage Sanguin,    | 7. Cholestérol LDL,            |
| 2. FNS,                 | 8. Cholestérol HDL,            |
| 3. Sodium sanguin,      | 9. Triglycérides,              |
| 4. Potassium sanguin,   | 10. Glycémie à jeun,           |
| 5. Créatinémie,         | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique.              |

## 8. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

Autres pathologies

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020/2021

NOM ET PRENOMS : \_\_\_\_\_

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

Oui     Non

### 8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : \_\_\_\_\_

N° inscription à l'ordre des médecins : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Structure d'exercice : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Griffes et Signature : \_\_\_\_\_

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE DE L'ARBITRE  
SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : / \_\_ / \_\_ / / \_\_ / \_\_ / / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M:  F:

EXAMEN EFFECTUE LE : \_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ACUITE VISUELLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_ Kgs

• Résumé de l'analyse de l'ECG :  Normal  Anormal

Si Anormal, précisez : .....  
.....  
.....

• Résumé du Bilan Biologique :  Normal  Anormal

Si Anomalie , précisez : .....  
.....  
.....

RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

Autres pathologies

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

**L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 /2021**

NOM ET PRENOMS : \_\_\_\_\_

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

**Oui**     **Non**

### MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : \_\_\_\_\_

N° inscription à l'ordre des médecins : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Structure d'exercice : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Griffes et Signature : \_\_\_\_\_



# Précision

1. Pour les anciens arbitres ayant déjà un dossier PCMA au niveau de L.W.F.Guelma :

- Résumé de l'examen clinique de l'arbitre,
- ECG de moins de 3 mois,
- Bilan biologique complet (à trouver dans le dossier PCMA)
- Epreuve d'effort pour les arbitres âgés de plus de 35 ans et n'ayant pas effectué l'épreuve d'effort l'année dernière
- Déclaration sur l'honneur d'absence de signes du COVID19.

2. Pour les nouveaux arbitres n'ayant pas de dossier PCMA au niveau de la ligue :

- Dossier PCMA de l'arbitre,
- ECG de moins de 3 mois,
- Bilan biologique complet (à trouver dans le dossier PCMA)
- Echocardiographie initiale si elle n'a jamais été faite,
- Déclaration sur l'honneur d'absence de signes du COVID 19.