



Fédération Algérienne de Football
الرابطة الولائية لكرة القدم قالة
Ligue Wilaya de Football Guelma



Bulletin d'Engagement Arbitre

Saison : 2023/2024

Nom : : اللقب
Prénom : : الاسم
Date et lieu de naissance : : تاريخ و مكان الازدياد
Adresse : : العنوان
Niveau d'instruction : : مستوى الدراسي
Employeur : : المستخدم
Profession : : المهنة
Situation de famille : : الحالة العائلية
N° de compte CCP : : رقم الحساب الجاري
Mobile : : النقال
Date d'entrée à l'arbitrage : : تاريخ دخول سلك التحكيم

Je Soussigné, certifié l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus, m'engage à répondre à toute désignation de la C.W.A (sauf cas force majeur), à me conformer aux directives techniques de la L.R.F.A, à respecter les principes de déontologie définis par les Règlements généraux de la F.A.F et les Règlements de l'Arbitre et de l'Arbitrage dans le cadre de l'exercice de ma fonction et à dénoncer toute forme portant atteinte à la morale sportive.

Fait à :le :

Signature de l'arbitre légalisé

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



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 :

1. ANTECEDENTS MEDICAUX :

1.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

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

1.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

2. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___//___/, /___/___/

Acuité Visuelle: Œil droite : /___//___/ Œil gauche : /___//___/

Examen bucco-dentaire

Poumons :

Abdomen

Examen Orthopédique

Port d'appareil médico-chirurgical :

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

3. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

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

3.1 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 :

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

3.2 Echocardiographie Initiale :

Effectuée le : / / / / / / / / / / / / / / / /

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

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

NB :

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quel que soit l'âge de l'arbitre.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

3.3 ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

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

Résumé de l'Epreuve 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, RENOUVELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

4. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

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

5. BILAN BIOLOGIQUE: « joindre les documents signés par le service accrédité».

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 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 et Urée Sg, | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique. |

RESUME DE L'EVALUATION

- **Suspicion de pathologie cardiaque**

Non oui, précisez : _____

- **Autres pathologies**

Non oui, précisez : _____

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

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 : _____