



الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
رابطة كرة القدم لولاية ميلة
LIGUE DE FOOTBALL DE LA WILAYA DE MILA



COMMISSION WILAYA D'ARBITRAGE

FICHE D'ENGAGEMENT – SAISON SPORTIVE 2023/2024

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
N° Tel : Adresse E-mail :
Fonction : Employeur :
Numéro de compte courant postale :
Situation familiale : Niveau d'instruction :
Date d'entrée à l'arbitrage : Grade :
Groupage : Taille : Pointure :

Êtes-vous disponible ? Mettez une croix X

Jeudi	Vendredi	Samedi	Mardi

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.
Dans le cadre de ma fonction, je m'engage à dénoncer toute forme portant atteinte à la moralité sportive, à rependre à toutes désignations, à me confirmer aux dispositions techniques de ma structure, à respecter les principes de déontologie définis par les règlements des championnats du football amateur et du règlement de l'arbitrage.

Les pièces à fournir :

- Dossier PCMA
- 02 Photos
- 01 acte de naissance
- 01 copie de la CNI
- 01 copie carte de groupage
- 01 chèque barré CCP

Fait à, le.....

Signature et Empreinte de l'Intéressé

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 :

NOM : _____ PRENOM (S) : _____ Saison Sportive : 2023/2024

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, RENOUELE 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 : 2023 / 2024

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 : _____