



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 2025/2026

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 :

- Certificat médical
- 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

DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

Saison sportive 2025 – 2026)

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) : _____

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



NOM : _____ PRENOM (S) : _____

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 avec taux des réticulocytes. | 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 : 2025 / 2026

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 : _____ Griffe et Signature : _____

الكتشف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:

العنوان:

رقم الهاتف/البريد الإلكتروني :



معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتحاليل :

تفاصيل الفحص

للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محظورة أخرى.

وقد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

☐ تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس النادي

المخبر