



## FICHE ENGAGEMENT ARBITRE

Nom : .....الاسم Prénom : .....اللقب

Date et lieu de naissance : .....تاريخ ومكان الازدياد ..

Adresse personnelle : .....العنوان

Niveau d'instruction : .....Emploi : .....

Email : .....Mobile : .....

Groupe sanguin : .....Numéro CCP : .....

Ligue d'origine : .....Titre arbitre Wilaya (année).....

Lieu des entraînements : .....

Disponibilités	Jour de semaine	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	Jour férie	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	Vendredi	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
	samedi	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

- ✓ Je soussigné, certifie l'exactitude des engagements fournis ci-dessus
- ✓ Sauf cas de force majeure, je m'engage à répondre à toutes désignations de la DRA
- ✓ Je m'engage à dénoncer toute forme portant atteinte à la morale sportive dans le cadre de l'exercice de ma fonction

### NB/

- 1) La présente fiche d'engagement n'engage en rien la DRA quant à l'utilisation rationnelle ou irrationnelle d'un arbitre
- 2) Ce dernier reste à l'entière disposition de la DRA. Ses désignations sont faite sur la base de moults critères.
- 3) Fournir deux (02) photos.
- 4) Toute indisponibilité doit parvenir 72 heures avant la rencontre sous peine de sanction.
- 5) Dossier médical complet.
- 6) La transmission de l'engagement pour la saison en cours se fera (08) huit jours avant le test physique sous peine de rejet.

Engagement de l'intéressé

Fait à .....le .....

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 : 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 : \_\_\_\_\_