****FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \* ANNABA \*

**Siège :** Cité AADL W 11 SIDI ACHOUR -Annaba- **Tel Fax** : (038) 47.96.13 – (038) 47.98.66

**Site web**: [www.lwfannaba.org](http://www.lwfannaba.org) **E-mail** : contact@lwfannaba.org

 **FICHE D’ENGAGEMENT = ARBITRE=**

 PHOTO

 **SAISON : 2022 / 2023**

 RH : .....

Nom (en majuscule) :………………………………………………………..………………….… Prénom :…………………………………………………………………………………………

Date & lieu de naissance :…………………………………………..……………………… Wilaya :…………………………………………………………….………………………..……

Situation familiale :…………………………………………………………..…………………..…… Niveau d’instruction :………………………………………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….…………………………………………………

Fonction :……………………………………..……………………………Employeur :…………………………………………………………… Lieu :…………………………..……………………

Mobile : ……………………………………….………………Fax :………………………………………………….…………Email (obligatoire) :………..………….……….………………

Numéro : Compte Courant Postal (RIP):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ligue d’origine :…………………………………………………………………………………….. Année d’entrée à l’Arbitrage :……………………..………..…………

Année d’accès au grade d’Arbitre Régional :…………………………………………………………………………………….……………………….…………………………

Club (s) à éviter :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

* Etes-vous disponible à arbitrer pendant les journées de semaine : Oui Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Je soussigné, certifie l’exactitude des renseignements, fournis ci-dessus, m’engage, dans le cadre de l’exercice de ma fonction, à répondre à toute désignation (sauf cas de force majeure), à me conformer aux directives techniques de ma structure et respecter les principes de déontologie définis par le Règlement du Championnat de football Amateur et le Règlement de l’Arbitre et de l’Arbitrage.

Fait à ……………………………… Le ……………………………………

 (Signature légalisée)

# الإتحــاد الجزائــــري 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 :

#### CARACTERISTIQUES

Arbitre :

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

Date ou l’année d’obtention du grade : ………………………………………………………………………………….……….

**NOM ET PRENOM** : SAISON SPORTIVE : **2022/2023**

#### ANTECEDENTS MEDICAUX :

* 1. **PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES**

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

**NOM ET PRENOM** : SAISON SPORTIVE : **2022/2023**

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

###### non père mère frère/sœur autre

Mort subite

Mort subite (infantile)

Maladie coronarienne

Cardiomyopathie

Hypertension

Syncope à répétition

Arythmie cardiaque

Transplantation cardiaque

Chirurgie cardiaque

Pacemaker/Défibrillateur

Syndrome de Marfan

Noyade inexpliquée

Accident de voiture inexpliqué

AVC

Diabète

Cancer

Autres (arthrite, etc.)

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

###### non oui

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Médicaments contre l’asthme

Médicament contre l’hypertension

Hypolipidémiant

Antidiabétique

Psychotrope

Autres

**NOM ET PRENOM** : SAISON SPORTIVE : **2022/2023**

#### EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

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

###### Glande thyroïde :

 **Nœud lymphatique/rate**

normal normal

anormal 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 Percussion Si Anormal,

normale normale

anormale anormale

Précisez : ………………………………………………………………………………………………

###### Abdomen

Palpation

Si Anormal,

normale

anormale

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

**NOM ET PRENOM** : SAISON SPORTIVE : **2022/2023**

#### SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son

normal

anormal, précisez : dédoublement paradoxal

3e son 4e son

Souffle

non

oui, précisez :

Systolique Ŕ intensité / /6 Diastolique Ŕ 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

* 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 : ………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

**NOM ET PRENOM** : SAISON SPORTIVE : **2022/2023**

* 1. **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 RENOUVELEE DES L’AGE DE 20 ANS

1. **ECG DE STRESS (TEST D’EFFORT):**

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

Résumé de l’preuve 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 DEUX ANS.

## AUTRES PATHOLOGIES :

###### Non : Oui :

**Si oui, précisez** :………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. **BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) :** \* joindre les documents signés par le laboratoire.
2. Groupage Sanguin,
3. FNS,
4. Sodium sanguin,
5. Potassium sanguin,
6. Créatinémie,
7. Cholestérol (total),
8. Cholestérol LDL,
9. Cholestérol HDL,
10. Triglycérides,
11. Glycémie à jeun,
12. Protéine C-réactive (CRP),
13. Acide Urique.
14. **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 : Griffe et Signature :