



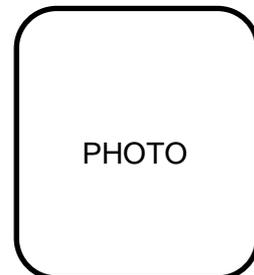
**FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL**  
**LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \* ANNABA \***



**Siège :** Cité AADL W 11 SIDI ACHOUR -Annaba-  
**Site web :** [www.lwfannaba.org](http://www.lwfannaba.org)

**Tel Fax :** (038) 47.96.13 – (038) 47.98.66  
**E-mail :** [contact@lwfannaba.org](mailto:contact@lwfannaba.org)

**FICHE D'ENGAGEMENT = ARBITRE=**  
**SAISON : 2023 / 2024**



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  Nom

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)

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 : \_\_\_\_\_