



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE WILAYA DU FOOTBALL DE CHLEF



CIA Cité des fonctionnaires Chlef
Tél : 027 77 39 83
Fax : 027 77 39 83

Groupe sanguin :

FICHE D'ENGAGEMENT D'ARBITRE
Saison sportive : 2016 // 2017

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Situation Familiale :

Célibataire

Marié(e)

Adresse : Commune :
..... Wilaya : Code postal :

Niveau Intellectuel :

Universitaire

Secondaire

Moyen

Année d'entrée à l'arbitrage :

Ligue Wilaya d'origine

Année d'accès au niveau régional :

Année d'accès au niveau Fédéral :

Emploi :

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone employeur :

Clubs à qui vous appartenez :

Clubs à éviter dans votre désignation :

Etes-vous propriétaire d'un véhicule ?

Etes-vous libre les Mardis ? (Répondez avec : oui / non)

Informations complémentaires

e-mail :

Joindre :

- Photocopie de l'acte de naissance « S12 »
- Photocopie de la carte d'identité nationale
- Certificat de scolarité
- N° du RIP
- 02 Photos récentes d'identité

Fait à : le

Signature

Fiche de Renseignement « Arbitre & Arbitre Assistant »
SAISON 2016/2017

Nom :
Prénom :
Grade :
Date et lieu de naissance :-à
Situation familiale:
Adresse :
.....
Wilaya :
Tél :
Mobile :
E-mail :
Niveau d'instruction :
Fonction :
Employeur :
Groupe sanguin :
Date d'entrée à l'arbitrage :
Ligue d'appartenance :
Etes-vous prêt à arbitrer les jours de semaine :
Taille : M – L – XL – XXL.
Pointure :

Date de passage de grade

Grade d'Arbitrage wilaya :
Grade d'Arbitrage de région :
Grade d'Arbitre inter ligue :

Maitrise des langues

Arabe : Français : Anglais :

اللقب :
الاسم :
الرتبة :
تاريخ و مكان الازدياد : ب
الحالة العائلية :
العنوان :
.....
ولاية :
البريد الالكتروني :
المستوى الدراسي :
المهنة :
المستخدم :
فصيلة الدم :
تاريخ الدخول للتحكيم :
الرابطة الولائية :
هل مستعد للتحكيم أيام الأسبوع :

تواريخ إجتياز الرتب

رتبة حكم ولائي
رتبة حكم جهوي :
رتبة حكم ما بين الرابطات :
رتبة حكم فدرالي :
رتبة حكم دولي :

مستوى اللغات

العربية : الفرنسية : الإنجليزية :

Je soussigné, certifié l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus,

Fait à : le :

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

LIGUE WILAYA DE FOOTBALL DE CHLEF

DOSSIER P.C.M.A
ARBITRE

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ (JOUR / MOIS / ANNEE)

LIGUE: _____

NIVEAU ARBITRAGE : _____

1. INFORMATIONS SPORTIVES

Position sur le terrain

Arbitre

Arbitre assistant

2. PASSE MEDICAL :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES

Général	non	oui, dans les 4 dernières semaines		oui, il y a plus de 4 semaines	
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections (part. virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie aliment/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cœur et poumon	non	les 4 dernières semaines au repos Pdt/après effort		Il y a plus de 4 semaines au repos Pdt/après effort	
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	non	oui, dans les 4 dernières semaines		oui, il y a plus de 4 semaines	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseil d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareil locomoteur

Blessures graves conduisant à plus de quatre semaines de ralentissement ou d'arrêt :

<input type="checkbox"/> non	Droit	Gauche	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> adducteurs	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> quadriceps	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ischio-jambiers	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligaments du genou	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligaments de la cheville	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	quand ? _____(année)

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : _____

Opérations sur l'appareil locomoteur :

<input type="checkbox"/> non	oui	<input type="checkbox"/> hanche	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine (pubalgie)	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligaments du genou	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ménisque/cartilage genou	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tendon Achille	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cheville	quand ? _____(année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> autres opérations	quand ? _____(année)

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : _____

Gènes ou douleurs récurrentes :

non oui (spécifier **partie du corps**)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tête/visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vertèbre dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vertèbre lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sternum/côtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Achille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bassin/sacrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cheville
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pied/orteil

Diagnostic et traitement :

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> pubalgie	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> lésion de l'ischio-jambier	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> lésion du quadriceps	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> entorse du genou	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> lésion du ménisque	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> tendinite de la cheville	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> entorse de la cheville	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> commotion	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie
	<input type="checkbox"/> douleur lombaire	<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> chirurgie

2.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noyade inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident auto inexplicé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament contre l'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypolipidémiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille _____cm Poids : _____kg

Glande thyroïde normal anormal
Nœud lymphatique/rate normal anormal

Poumons

Percussion normal anormal

Respiration normal anormal

Abdomen

Palpation normal anormal

Symptômes du syndrome de Marfan

- non oui, précisez :
- déformation du thorax
 - long bras et longues jambes
 - pieds plats
 - scoliose
 - dislocation du cristallin
 - autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez :

- dédoublement
- paradoxal
- 3^e son
- 4^e son

Souffle non oui, précisez :

- systolique – intensité ____/6
- diastolique – intensité ____/6
- claquements
- changements durant la manœuvre de Valsalva
- changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique non oui

Veine jugulaire (position à 45°) normal anormal

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

Cheville _____ / _____ mmHg

4.1 ECG 12 ELECTRODES* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS

* Joindre en copie

Rythme/conduction normal anormal, précisez :

- battements ventriculaires prématurés
- battements supraventriculaires prématurés
- tachycardie supraventriculaire
- arythmie ventriculaire
- flutter auriculaire/fibrillation
- grande amplitude (onde delta)
- bloc atrio-ventriculaire, précisez :
 - premier degré
 - second degré type I
 - second degré type II
 - troisième degré

Indices temporels PQ _____ ms QRS _____ ms QTc _____ ms

Dilatation auriculaire non oui, gauche (partie négative de l'onde P dans V1 $\geq 0,1$ mV en amplitude et $\geq 0,04$ s en durée)
 oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V1 $\geq 0,25$ mV en amplitude)

Dépolarisation/complexe QRS

Axe normal anormal ($\geq +120^\circ$ ou -30° à -90°)

Voltage normal anormal

Hypertrophie du ventricule gauche non oui

Ondes Q normal anormal (>0,04 s en durée ou >25% en amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus)

Bloc de branche non oui, précisez :
 gauche complet (>0,12 s)
 droit complet (>0,12 s)
 antérieur gauche incomplet
 postérieur gauche incomplet
 incomplet droit

Onde R normal onde R ou R' pathologique dans l'électrode V1 ($\geq 0,5\text{mV}$ en amplitude + R/S ratio ≥ 1)
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

normal anormal, précisez :

	<u>Électrode</u>											
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Baisse ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevation ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplatissement T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversion T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résumé de l'analyse de l'ECG normal anormal

4.2 ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT)

Poids: _____ kg Taille: _____ cm

Charge Cible: _____ Watt/METs

Fréquence Cardiaque Cible: _____/min

systBPxmaxHR Minimum: _____

systBPxmaxHR Maximum: _____

DP-Factor: _____

temps	Charge	Frequence Cardiaque	Pression arterielle	segment ST	arrhythmie	symptomes
mm:ss	Watt/METs	battements/min	mmHg	préciser	préciser	préciser
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						

Récupération						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						

Note: La «montée en paliers" devrait être adaptée en fonction de la charge cible, qui devrait être atteinte après 8-10 minutes. Les sujets doivent s'exercer jusqu'à épuisement. la récupération doit se poursuivre pendant au moins 5 minutes.

5. BILAN SANGUIN (A JEUN)

Hémoglobine	_____ mg/dl
Hématocrite	_____ %
Érythrocytes	_____ mg/dl
Thrombocytes	_____ mg/dl
Leucocytes	_____ mg/dl
Sodium	_____ mmol/l
Potassium	_____ mmol/l
Créatinine	_____ µmol/l
Cholestérol (total)	_____ mmol/l
Cholestérol LDL	_____ mmol/l
Cholestérol HDL	_____ mmol/l
Triglycérides	_____ mmol/l
Glucose	_____ mmol/l
Protéine C-réactive	_____ mg/l

6. APPAREIL LOCOMOTEUR

6.1 COLONNE VERTEBRALE, NIVEAU DU BASSIN ET LONGUEUR DES JAMBES

Forme de la colonne

- normal plat
 hypercyphose
 hyperlordose
 scoliose

Niveau du bassin horizontal

plus bas à droite plus bas à gauche

Différence de niveau malléolaire

normal anormal

Rotation cervicale

à droite _____°

douloureux non oui

à gauche _____°

douloureux non oui

Souplesse rachidienne

Distance du bout des doigts au sol _____cm

6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DE LA CUISSE

Souplesse de la hanche

Flexion / Extension

droite _____°/ _____° douloureux non oui

gauche _____°/ _____° douloureux non oui

Rotation interne (flexion 90°)

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Rotation externe (flexion 90°)

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Abduction

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Sensibilité à la palpation de l'aîne

droite non pubis canal inguinal

gauche non pubis canal inguinal

Hernie

droite non oui

gauche non oui

Muscles

Adducteurs

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux

gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Ischio-jambiers

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux

gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Iliopsoas

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux

gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Quadriceps

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux
gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

6.3 EXAMEN DU GENOU

Axe de l'articulation du genou

droit normal genu varum genu valgum
gauche normal genu varum genu valgum

Flexion / Extension

droite _____° / _____° douloureux non oui
gauche _____° / _____° douloureux non oui

Test de Lachman

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Signe de tiroir antérieur (genou à 90° de flexion)

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Signe de tiroir postérieur (genou à 90° de flexion)

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Valgus forcé, en extension

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Valgus forcé, 30° de flexion

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Varus forcé, en extension

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Varus forcé, 30° de flexion

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED

Sensibilité de la cheville

droite non oui
gauche non oui

Signe de tiroir antérieur

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Dorsiflexion

droite _____ ° douloureux non oui
gauche _____ ° douloureux non oui

Flexion plantaire

droite _____ ° douloureux non oui
gauche _____ ° douloureux non oui

Supination totale

droite normal diminuée accrue
gauche normal diminuée accrue

Pronation totale

droite normal diminuée accrue
gauche normal diminuée accrue

Articulation métatarsienne

droite normal pathologique
gauche normal pathologique

7. RESUME DE L'EVALUATION

Antécédents Médicaux

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

Examen Clinique

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

Examen Orthopédique

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

ECG de repos 12 Dérivations

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

ECG d'Effort

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

Autres Examens (OPHTALMOLOGIE)

- Normal
- Apte à l'arbitrage, suivi nécessaire, spécifier svp : _____
- Arbitrage déconseillé
spécifier svp: _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE POUR LE FOOTBALL

DE COMPETITION Oui Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Courriel _____

Date : _____ Signature : _____