****

|  |  |
| --- | --- |
| **FED ALGERIE FAF.jpgFEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL**    **LIGUE WILAYA DE FOOTBALL DE CHLEF**  **CIA Cité des fonctionnaires Chlef**  **Tél : 027 77 39 83**  **Fax : 027 77 39 83**    **E-mail :** [**lfwchlef@hotmail.fr**](mailto:lfwchlef@hotmail.fr) **Groupe sanguin : Photo** | |
|  | |
| **FICHE D’ENGAGEMENT D’ARBITRE**  **Saison sportive : 2023 // 2024**  **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 :**  **Emploi :**  **Téléphone domicile : Portable : Téléphone employeur :**  **Clubs à qui vous appartenez : Clubs à éviter dans votre désignation :** | |
| **Etes-vous libre les Jours de semaine ?** |  |
| **Etes-vous libre les Samedis ? (Répondez avec : oui / non)**  **Information Obligatoire**  **E-mail :** | |

**Fait à : le**

**Signature**

**Joindre :**

* **01 d’acte de naissance S12.**
* **02 Photos récentes d’identité.**

**- 01 Certificat de scolarité.**

**- 01 Photo copie de la C/N ou P/C.**

* **N° du RIB / RIP.**

****

**FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL**

**LIGUE WILAYA DU FOOTBALL DE CHLEF**

**Fiche de Renseignement « Arbitre & Arbitre Assistant »**

**SAISON 2023/2027**

**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 : …………………………**

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 : ………………………………………………………………………………….……….

#### ANTECEDENTS MEDICAUX :

* 1. **ANTECEDENTS PERSONNELS :**

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

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

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

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

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

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

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

#### PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

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

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

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

#### 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

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

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

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

# 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

* 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 :

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

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

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

* 1. **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**.**
  1. **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.

#### AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

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

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

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

1. **BILAN BIOLOGIQUE: « joindre les documents signés par le service accrédité».**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Groupage Sanguin, 2. FNS, 3. Sodium sanguin, 4. Potassium sanguin, 5. Créatinémie et Urée Sg, 6. Cholestérol (total), | 1. Cholestérol LDL, 2. Cholestérol HDL, 3. Triglycérides, 4. Glycémie à jeun, 5. Protéine C-réactive (CRP), 6. 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 : Griffe et Signature :