



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

LIGUE DE FOOTBALL DE LA WILAYA DE SIKKDA

FICHE ENGAGEMENT ARBITRE

saison 2023/2024

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Niveau d'instruction :Emploi :

Email :Mobile :

Groupe sanguin :Numéro CCP :

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

Titre arbitre Régional (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 CWA
- ✓ 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 CWA quant à l'utilisation rationnelle ou irrationnelle d'un arbitre
- 2) Ce dernier reste à l'entière disposition de la CWA 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 àle

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 :

NOM : _____ PRENOM (S) : _____ Saison Sportive : 2023/2024

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, RENOUELE 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 : _____