

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL OUARGLA
LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL OUARGLA
COMMISSION D'ARBITRAGE

FICHE D'ENGAGEMENT D'ARBITRE SAISON 2024/2025

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : à

Situation familiale : Niveau d'instruction :

Adresse domicile :

Fonction : Employeur :

Adresse employeur :

Adresse E-mail :@.....

Tél/fax (domicile) :/Bureau :/Mobile :

Personne à contacter en cas de nécessité :

Numéro de compte courant postal (CCP avec le RIB):

Appartenez-vous un club ?

Club (s) éventuellement à éviter et les raisons :

Date d'entrée à l'arbitrage :/Spécialité :

Etes-vous disponible en semaine ? Oui Non

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessous, 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, à respecter les principes de déontologie définis par les règlements du championnat de football amateur et le règlement de l'arbitre et de l'arbitrage.

Pièces à produire :

1. Dossier médical PCMA (voir fiche annexée) ;
2. 02 photos d'identité (Fond Blanc)
3. 01 acte de naissance N°12 ;
4. 01 copie de la CNI / PC ;
5. Carte de groupage (photocopie) ;
6. 01 chèque CCP barré.
7. Demande d'Engagement
8. Certificat Scolarité.

Les dossiers d'engagement complets doivent être déposés auprès du Secrétariat de la Ligue de Football de la Wilaya d'Ouargla au plus tard le : 10 Septembre 2024.

Fait à, le

Signature de l'intéressé



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM: _____ PRENOM(S): _____

DATE D'ENNAISSANCE: / ___ / ___ // ___ / ___ // ___ / ___ / ___ // (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: 2024/2025

1. ANTECEDENTS MEDICAUX:

ANTECEDENTS PERSONNELS:

.....
.....

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

.....
.....

PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DES 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

ECG12ELECTRODES

- ENPOSITIONALLONGEESURLEDOSAPRES5MINUTESDEREPOS

«Joindre une copie au contrôle»

Résumé de l'analyse de l'ECG : Normal Anormal

Si Anormal, précisez :

.....
.....
.....

EchocardiographieInitiale:

Effectuéele : /__ /__ /__ // /__ /__ /__ /__

Résumédel'échocardiographie «Joindre copie delurésultataucontrôle».

.....
.....
.....
.....

NB:

- L'examenEchocardiographieinitialeestobligatoirequelquesoitl'âge de l'arbitre.
- DoitêtreRenouveléedèsl'âgede 20ans révolus.

ECGDESTRESS(TESTD'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuéele : /// /__ /__ /__ // // Résumé de

l'Epreuve d'Effort «Joindreunecopiedutracédel'Epreuved'Effort».

.....
.....
.....
.....

NB:l'ECGDESTRESS(TESTD'EFFORT)ESTDEMANDEAPRESL'AGEDE 35ANS,RENOUVELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

4. AUTRESPATHOLOGIES:Si Oui,précisez

.....
.....
.....

5. BILANBIOLOGIQUE:«joindrelesdocumentssignésparle serviceaccrédité».

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. GroupageSanguin, | 7. CholestérolLDL, |
| 2. FNS, | 8. CholestérolHDL, |
| 3. Sodiumsanguin, | 9. Triglycérides, |
| 4. Potassiumsanguin, | 10. Glycémieàjeun, |
| 5. CréatinémieetUrée Sg, | 11. ProtéineC-réactive(CRP), |
| 6. Cholestérol(total), | 12. AcideUrique. |

RESUME DE L'EVALUATION

- Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

- Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2024/2025

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 : _____