FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE WILAYA DE FOOTBALL – CONSTANTINE –

FICHE ENGAGEMENT ARBITRE

Nom : ……اللقب Prénom : ……الاسم

Date et lieu de naissance :……تاريخ ومكان الازدياد ..

Adresse personnelle : ……العنوان

Niveau d'instruction : ……Emploi : ……

Email : ……Mobile :……

Groupe sanguin : ……Numéro CCP : ……

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

Lieu des entraînements : ……

Disponibilités	Jour de semaine	Oui	☐	Non	☐
	Jour férie	Oui	☐	Non	☐
	Vendredi	Oui	☐	Non	☐
	samedi	Oui	☐	Non	☐

- ✓ Je soussigné, certifie l'exactitude des engagements fournis ci-dessus
- ✓ Sauf cas de force majeur, je m'engage à répondre à toutes désignations de la DRA
- ✓ 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 DRA quant à l'utilisation rationnelle ou irrationnelle d'un arbitre
2) Ce dernier reste à l'entière disposition de la DRA. Ses désignations sont faite sur la base de moult 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 à ……le ……

E.4

الاتحاد الجزائري لكرة القدم
ALGERIAN FOOTBALL FEDERATION
Founded in 1962, Affiliated with the FIFA and CAF in 1963

DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

Saison sportive 2025 – 2026)

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) :_____

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

NOM : _____PRENOM (S) :_____

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,
2. FNS avec taux des réticulocytes.
3. Sodium sanguin,
4. Potassium sanguin,
5. Créatinémie et Urée Sg,
6. Cholestérol (total),
7. Cholestérol LDL,
8. Cholestérol HDL,
9. Triglycérides,
10. Glycémie à jeun,
11. Protéine C-réactive (CRP),
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 : 2025 / 2026

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 : _____

C.2

الاتحاد الجزائري لكرة القدم
ALGERIAN FOOTBALL FEDERATION
Founded in 1962, Affiliated with the FIFA and CAF in 1963

الكشف عن تعاطي المخدرات
- التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:

العنوان:

رقم الهاتف/البريد الالكتروني :

معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتحاليل :

تفاصيل الفحص

نعلم بأن المعني المذكوراسمه أعلاه قد خضع بتاريخ ..... للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

- المواد المخدرة.
- المؤثرات العقلية ومواد محضورة أخرى.

وقد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

تحاليل سلبية ☐

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

المخبر

رئيس النادي