



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL DE BLIDA



Bab Zaouia Rue Houari mahfoud Larbi Tbessi Blida

Tél : 025 30 76 37

Fax : 025 30 76 17

E-mail : dtrablida@gmail.com

Groupe sanguin :

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 :

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 RIP.

Signature

Fait à : _____ le _____



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL DE BLIDA



Bab Zaouia Rue Houari mahfoud Larbi Tbessi Blida
Tél : 025 30 76 37
Fax : 025 30 76 17
E-mail : dtrablida@gmail.com

Fiche de Renseignement « Arbitre & Arbitre Assistant »
SAISON 2023/2024

Nom :
Prénom :
Grade :
Date et lieu de naissance :
à
Situation familiale :
Adresse :
.....
E-Mail :
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 :
Maîtrise des langues
Arabe : Français : Anglais :

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

تواريخ اجتياز الرتب

رتبة حكم ولائي :
رتبة حكم جهوي :
مستوى اللغات
العربية : الفرنسية : الإنجليزية :

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

Fait à : le :

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 :

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 : _____