



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL
LIGUE WILAYA DE FOOTBALL DE DJELFA



LWF Djelfa
Tél : 027 91 29 27
Fax : 027 91 29 28
E-mail : LWFOOTBALLDJELFA@YAHOO.FR

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 WILYA DE FOOTBALL DE DJELFA



LWF Djelfa

Tél : 027 91 29 27

Fax : 027 91 29 28

E-mail : LWFOOTBALLDJELFA@YAHOO.FR

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

Nom :	اللقب :
Prénom :	الاسم :
Grade :	الرتبة :
Date et lieu de naissance :	تاريخ و مكان الازدياد :
à	ب
Situation familiale :	الحالة العائلية :
Adresse :	العنوان :
E-Mail :	البريد الالكتروني:
Wilaya :	ولاية :
Tél :	الهاتف :
Mobile :	النقال :
E-mail :	البريد الالكتروني :
Niveau d'instruction :	المستوى الدراسي :
Fonction :	المهنة :
Employeur :	المستخدم :
Groupe sanguin :	فصيلة الدم :
Date d'entrée à l'arbitrage :	تاريخ الدخول للتحكيم :
Ligue d'appartenance :	الرابطة الولائية :
Êtes-vous prêt à arbitrer les jours de semaine :	هل مستعد للتحكيم أيام الاسبوع :
Taille : S - M - L - XL - XXL. Pointure :	
Date de passage de grade	تواريخ اجتياز الرتب
Grade d'Arbitrage wilaya :	رتبة حكم ولاي :
Grade d'Arbitrage de région :	رتبة حكم جهوي :
Maitrise des langues	مستوى اللغات
Arabe : Français : Anglais :	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 I
1.1 ANTECEDENTS PERSONNELS I

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 Visuellej 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, RENOUVELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

3. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

4.
.....
.....
.....

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

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. <u>Groupage Sanguin,</u> | 7. <u>Cholestérol LDL,</u> |
| 2. FNS, | 8. <u>Cholestérol HDL,</u> |
| 3. <u>Sodium sanguin,</u> | 9. <u>Triglycérides,</u> |
| 4. <u>Potassium sanguin,</u> | 10. <u>Glycémie à jeun,</u> |
| 5. <u>Créatinémie et Urée Sq,</u> | 11. <u>Protéine C-réactive (CRP),</u> |
| 6. <u>Cholestérol (total),</u> | 12. <u>Acide Urique.</u> |

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 : _____