



**DIRECTION D’ARBITRAGE**

PHOTO

**Fiche d’engagement d’Arbitre Saison: 2019/2020**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Situation familiale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Niveau d’instruction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fonction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employeur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse de l’employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tél / Fax (Domicile) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mob :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro du RIP  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personne à contacter en cas de nécessité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Appartenez-vous à un club? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Club (s) éventuellement à éviter et les raisons : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date d’entrée à l’arbitrage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etes-vous disponible en semaine ? Oui Non**

**Je Soussigné, certifié l’exactitude des renseignements fournis ci-dessus, m’engage à répondre à toute désignation de la C.A.W (sauf cas force majeur), à me conformer aux directives techniques de la L.F.W. T.O, à respecter les principes de déontologie définis par les Règlements généraux de la F.A.F et les Règlements de l’Arbitre et de l’Arbitrage dans le cadre de l’exercice de ma fonction et à dénoncer toute forme portant atteinte à la morale sportive.**

**Pièces à Produire : - Dossier médical (voir fiche annexée)**

* **01 Photo d’identité et 01 Photo à scanner**
* **01 Copie de la C.N.I légalisée**

**- Carte de Groupage (Photocopie)**

**Fait à Boumerdes, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**L’intéressé**

**Avis: Président de la Ligue:**

Défavorable

Favorable

Avis : Directeur de l’Arbitrage

Défavorable

Favorable

**Toute demande d’engagement ne signifie pas que l’arbitre est retenu conformément au Règlement de l’arbitre et de l’arbitrage.**





**SAISON 2019/2020**

Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groupe Sanguin

Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Examens Subis :**

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECINE GENERALE (Examen Clinique**) | |
|  | **Cachet du Médecin**  **Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **OPHTALMOLOGIE (Acuité Visuelle**) | |
|  | **Cachet du Médecin**  **Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G)** | |
|  | **Cachet du Médecin**  **Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |





PHOTO A

SCANNER

NOM………………………………………………………………………

PRENOM………………………………………………………………

GRADE…………………………………………………………………

DATE ET LIEU DE NAISSANCE………………………………………………………………………………

SITUATION FAMILIALE………………………………………………………………………………………

ADRESSE………………………………………………………………………………………………………

TEL…………………………… EMAIL……………………………

NIVEAU D’INSTRUCTION……………………………………………………………………………

FONCTION………………………………………EMPLOYEUR………………………

GROUPE SANGUIN………………………………………………………………………………………

DATE D’ENTREE A L’ARBITRAGE…………………………………………………………………………

LIGUE D’APPARTENANCE………………………………………………………………………………

ETRE LIBRE JOUR DE SEMAINE………………………………………………………………………

DATE DE PASSGE DE GRADE

GRADE D’ARBITRE WILAYA…………………………………………….

GRADE D’ARBITRE REGIONAL …………………………………………….

GRADE D’ARBITRE INTER LIGUE………………………………………….

GRADE D’ARBITRE FEDERAL…………………………………………….

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

FAIT A …………………………LE …………………………..

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL**

**Examen médical de Base**

**ARBITRES**

### Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(jour / mois / année)

### LIGUE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### NIVEAU ARBITRAGE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Informations Sportives**

Position sur le terrain  Arbitre  Arbitre assistant

**2. Passé médical :**

**2.1 Pathologies actuelles et passées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Général** | **non** | oui, **dans les** **4 dernières semaines** | oui, **il y a plus de**  **4 semaines** |
| Symptômes de la grippe |  |  |  |
| Infections ( part. virales) |  |  |  |
| Fièvre rhumatismale |  |  |  |
| Coups de chaleur |  |  |  |
| Commotion |  |  |  |
| Diarrhée |  |  |  |
| Allergie aliment/insectes |  |  |  |
| Allergie médicaments |  |  |  |
| **Cœur et poumon** | **non** | les 4 dernières semaines **au repos Pdt/après**  **effort** | Il y a plus de 4 semaines **au repos Pdt/après**  **effort** |
| Douleur ou oppression thoracique |  |  |  |
| Souffle court |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Toux |  |  |  |
| Bronchite |  |  |  |
| Palpitations |  |  |  |
| Arythmie cardiaque |  |  |  |
| Autres problèmes cardiaques |  |  |  |
| Vertiges |  |  |  |
| Syncopes |  |  |  |
|  | **non** | oui, dans les **4 dernières semaines** | oui, **il y a plus de**  **4 semaines** |
| Hypertension |  |  |  |
| Souffle au cœur |  |  |  |
| Profil lipidique anormal |  |  |  |
| Crises, épilepsie |  |  |  |
| Conseil d’arrêter le sport |  |  |  |
| Fatigué plus vite que coéquipiers |  |  |  |

Appareil locomoteur

**Blessures graves** conduisant à plus de quatre semaines de ralentissement ou d’arrêt :

Droit Gauche

non   adducteurs quand ?\_\_\_\_\_(année)

quadriceps quand ?\_\_\_\_\_(année)

ischio-jambiers quand ?\_\_\_\_\_(année)

ligaments du genou quand ?\_\_\_\_\_(année)

ligaments de la cheville quand ?\_\_\_\_\_(année)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ quand ?\_\_\_\_\_(année)

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opérations sur l’appareil locomoteur :**

non oui  hanche quand ?\_\_\_\_\_(année)

aine (pubalgie) quand ?\_\_\_\_\_(année)

ligaments du genou quand ?\_\_\_\_\_(année)

ménisque/cartilage genou quand ?\_\_\_\_\_(année)

tendon Achille quand ?\_\_\_\_\_(année)

cheville quand ?\_\_\_\_\_(année)

autres opérations quand ?\_\_\_\_\_(année)

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gènes ou douleurs récurrentes :**

non  oui (spécifier **partie du corps**)

dte gche

tête/visage  épaule   hanche

nuque  bras   aine

vertèbre dorsale  coude   cuisse

vertèbre lombaire  avant-bras   genou

sternum/côtes  poignet   jambe

abdomen  main   Achille

bassin/sacrum  doigts   cheville

pied/orteil

**Diagnostic et traitement :**

non  pubalgie  repos  physiothérapie  chirurgie  
  lésion de l’ischio-jambier  repos  physiothérapie  chirurgie  
  lésion du quadriceps  repos  physiothérapie  chirurgie  
  entorse du genou  repos  physiothérapie  chirurgie  
  lésion du ménisque  repos  physiothérapie  chirurgie  
  tendinite de la cheville  repos  physiothérapie  chirurgie  
  entorse de la cheville  repos  physiothérapie  chirurgie  
  commotion  repos  physiothérapie  chirurgie  
  douleur lombaire  repos  physiothérapie  chirurgie

**2.2 Antécédents familiaux (parents hommes de moins de 55 ans, parents femmes de moins de 65 ans)**

**non père mère frère/sœur autre**

Mort subite

Mort subite (infantile)

Maladie coronarienne

Cardiomyopathie

Hypertension

Syncope à répétition

Arythmie cardiaque

Transplantation cardiaque

Chirurgie cardiaque

Pacemaker/Défibrillateur

Syndrome de Marfan

Noyade inexpliquée

Accident auto inexpliqué

AVC

Diabète

Cancer

Autres (arthrite, etc.)

**2.3 Prescription médicale courante de ces 12 derniers mois**

**non oui**

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Médicaments contre l’asthme

Médicament contre l’hypertension

Hypolipidémiant

Antidiabétique

Psychotrope

Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Examen physique général**

Taille \_\_\_\_\_\_\_\_cm Poids : \_\_\_\_\_\_kg

Glande thyroïde  normal  anormal

Nœud lymphatique/rate  normal  anormal

**Poumons**

Percussion  normal  anormal

Respiration  normal  anormal

**Abdomen**

Palpation  normal  anormal

**Symptômes du syndrome de Marfan**

non  oui, précisez :

déformation du thorax

long bras et longues jambes

pieds plats

scoliose

dislocation du cristallin

autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Système cardiovasculaire**

Rythme  normal  arythmique

Son  normal  anormal, précisez :

dédoublement

paradoxal

3e son

4e son

Souffle  non  oui, précisez :

systolique – intensité \_\_\_\_/6

diastolique – intensité \_\_\_\_/6

claquements

changements durant la manœuvre de Valsalva

changements après s’être levé brusquement

Œdème périphérique  non  oui

Veine jugulaire (position à 45°)  normal  anormal

Reflux hépato-jugulaire  non  oui

**Vaisseaux sanguins**

Pouls périphérique  palpable  non palpable

Bruits vasculaires  non  oui

Varices  non  oui

**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

Cheville \_\_\_ / \_\_\_ mmHg

**4.1 ECG 12 électrodes\* en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos**

\* Joindre en copie

Rythme/conduction  normal  anormal, précisez :

battements ventriculaires prématurés

battements supraventriculaires prématurés

tachycardie supraventriculaire

arythmie ventriculaire

flutter auriculaire/fibrillation

grande amplitude (onde delta)

bloc atrio-ventriculaire, précisez :

premier degré

second degré type I

second degré type II

troisième degré

Indices temporelsPQ \_\_\_\_\_\_ ms QRS \_\_\_\_\_\_ ms QTc \_\_\_\_\_\_ ms

Dilatation auriculaire  non  oui, gauche (partie négative de l’onde P dans   
 V1≥0,1mV en amplitude et ≥0,04 s en durée)

oui, droite (pic d’onde P dans électrodes II et III

ou V1≥0,25mV en amplitude)

Dépolarisation/complexe QRS

Axe  normal  anormal (≥+120° ou -30° à -90°)

Voltage  normal  anormal

Hypertrophie du ventricule gauche  non  oui

Ondes Q  normal  anormal (>0,04 s en durée ou >25% en amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus

Bloc de branche  non  oui, précisez :

gauche complet (>0,12 s)

droit complet (>0,12 s)

antérieur gauche incomplet

postérieur gauche incomplet

incomplet droit

Onde R  normal  onde R ou R’ pathologique dans l’électrode V1

(≥ 0,5mV en amplitude + R/S ratio ≥1)

autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

normal  anormal, précisez :

Électrode

I II III aVR aVL AVF V1 V2 V3 V4 V5 V6

Baisse ST

Elevation ST

Aplatissement T

Inversion T

**Résumé de l’analyse de l’ECG**  normal  anormal

**4.2 ECG de Stress (Test d’Effort)**

Poids: \_\_\_\_\_\_\_ kg Taille: \_\_\_\_\_\_cm

Charge Cible:\_\_\_\_\_\_\_\_Watt/METs

Fréquence Cardiaque Cible:\_\_\_\_\_\_\_\_/min

systBPxmaxHR Minimum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

systBPxmaxHR Maximum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DP-Factor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **temps** | **Charge** | Frequence Cardiaque | Pression arterielle | segment ST | arrhythmie | symptomes |
| mm:ss | Watt/METs | battements/min | mmHg | préciser | préciser | préciser |
| 00:00 |  |  |  |  |  |  |
| 01:00 |  |  |  |  |  |  |
| 02:00 |  |  |  |  |  |  |
| 03:00 |  |  |  |  |  |  |
| 04:00 |  |  |  |  |  |  |
| 05:00 |  |  |  |  |  |  |
| 06:00 |  |  |  |  |  |  |
| 07:00 |  |  |  |  |  |  |
| 08:00 |  |  |  |  |  |  |
| 09:00 |  |  |  |  |  |  |
| 10:00 |  |  |  |  |  |  |
| 11:00 |  |  |  |  |  |  |
| 12:00 |  |  |  |  |  |  |
| 13:00 |  |  |  |  |  |  |
| 14:00 |  |  |  |  |  |  |
| 15:00 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Récupération**  00:00 |  |  |  |  |  |  |
| 01:00 |  |  |  |  |  |  |
| 02:00 |  |  |  |  |  |  |
| 03:00 |  |  |  |  |  |  |
| 04:00 |  |  |  |  |  |  |
| 05:00 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Note: La «montée en paliers" devrait être adaptée en fonction de la charge cible, qui devrait être atteinte après 8-10 minutes. Les sujets doivent s’exercer jusqu'à épuisement. la récupération doit se poursuivre pendant au moins 5 minutes.

**Commentaires:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Bilan sanguin (à jeun)**

Hémoglobine \_\_\_\_\_\_ mg/dl

Hématocrite \_\_\_\_\_\_ %

Érythrocytes \_\_\_\_\_\_ mg/dl

Thrombocytes \_\_\_\_\_\_ mg/dl

Leucocytes \_\_\_\_\_\_ mg/dl

Sodium \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Potassium \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Créatinine \_\_\_\_\_\_ µmol/l

Cholestérol (total) \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Cholestérol LDL \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Cholestérol HDL \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Triglycérides \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Glucose \_\_\_\_\_\_ mmol/l

Protéine C-réactive \_\_\_\_\_\_ mg/l

**6. Appareil locomoteur**

**6.1 Colonne vertébrale, niveau du bassin et longueur des jambes**

**Forme de la colonne**  normal  plat  
  hypercyphose  
  hyperlordose  
  scoliose

**Niveau du bassin**  horizontal  plus bas à droite  plus bas à gauche

**Différence de niveau malléolaire**   normal  anormal

**Rotation cervicale**à droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

à gauche\_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Souplesse rachidienne**

Distance du bout des doigts au sol \_\_\_\_\_cm

**6.2 Examen des hanches, de l’aine et de la cuisse**

**Souplesse de la hanche**

**Flexion / Extension**droite \_\_\_\_\_\_°/ \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche\_\_\_\_\_\_°/ \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Rotation interne** (flexion 90°)  
  
droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche\_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Rotation externe**(flexion 90°)  
  
droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche\_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Abduction**droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Sensibilité à la palpation de l’aine**

droite  non  pubis  canal inguinal

gauche  non  pubis  canal inguinal

**Hernie**

droite  non  oui

gauche  non  oui

**Muscles**

**Adducteurs**droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Ischio-jambiers**droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Iliopsoas**droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Quadriceps**droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**6.3 Examen du genou**

**Axe de l’articulation du genou**

droit  normal  genu varum  genu valgum

gauche  normal  genu varum  genu valgum

**Flexion / Extension**droite \_\_\_\_\_\_°/ \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche\_\_\_\_\_\_°/ \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Test de Lachman**droite normal  +  ++ +++  
gauche normal  +  ++ +++

**Signe de tiroir antérieur** (genou à 90° de flexion)

droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**Signe de tiroir postérieur** (genou à 90° de flexion)

droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**Valgus forcé, en extension**droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**Valgus forcé, 30° de flexion**droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**Varus forcé, en extension**droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**Varus forcé, 30° de flexion**droite  normal  +  ++ +++  
gauche  normal  +  ++ +++

**6.4 Examen de la jambe, de la cheville et du pied**

**Sensibilité de la cheville**

droite non  oui

gauche  non  oui

**Signe de tiroir antérieur**

droite  normal  +  ++  +++

gauche  normal  +  ++  +++

**Dorsiflexion**

droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Flexion plantaire**  
droite \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui  
gauche \_\_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Supination totale**droite normal  diminuée  accrue

gauche normal  diminuée  accrue

**Pronation totale**droite normal  diminuée  accrue

gauche normal  diminuée  accrue

**Articulation métatarsienne**

droite normal  pathologique

gauche normal  pathologique

**7. Résumé de l’évaluation**

**Antécédents Médicaux**  Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Examen Clinique**  Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Examen Orthopédique**  Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ECG de repos 12 Dérivations**  Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ECG d’Effort**  Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autres Examens (OPHTALMOLOGIE)**

Normal

Apte à l’arbitrage, suivi nécessaire,

spécifier svp :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbitrage déconseillé

spécifier svp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apte a la pratique de l’arbitrage pour le football de compétition**

**oui**  **non**

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Médecin examinateur et institution** |

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_