



الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo
3,5 x 3,5

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES
D'INFECTION PAR LA COVID-19
SAISON SPORTIVE: 2020 - 2021

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr :

Nom :

Prénom(s) :

Fils (le) de : et de :

Né (e) le : à : Wilaya de :

ligue de :

Demeurant :

.....

.....

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

L'arbitre devra absolument consulter le médecin avant la signature de la licence s'il :

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiène et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature de l'arbitre

Fait à :

Le : à : h mn

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 :

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

| Général | Non | Oui, dans les 4 dernières semaines | Oui, il y a plus de 4 semaines |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--|
| Symptômes de la grippe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Infections (surtout virales) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coups de chaleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commotion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergie nourriture/insectes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergie médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cœur et poumon | Non | Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort | Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort |
| Douleur ou oppression thoracique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Essoufflement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Souffle court | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Toux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bronchite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Palpitations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Arythmie cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Autres problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Vertiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Syncopes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Non | Oui, dans les 4 dernières semaines | Oui, il y a plus de 4 semaines |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffle au cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profil lipidique anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crises, épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conseillé d'arrêter le sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigué plus vite que coéquipiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrhées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | non | père | mère | frère/sœur | autre |
|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mort subite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mort subite (infantile) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Maladie coronarienne | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Syncope à répétition | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Arythmie cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Transplantation cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Chirurgie cardiaque | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pacemaker/Défibrillateur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Syndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Noyade inexplicquée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Accident de voiture inexplicqué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVC | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres (arthrite, etc.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

| | non | oui |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anti-inflammatoires non stéroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments contre l'asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicament contre l'hypertension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypolipidémiant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidiabétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotrope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___//___/, /___/___/

Glande thyroïde : normal anormal

Nœud lymphatique/rate normal anormal

Acuité visuelle : OD : /___/___/ OG : /___/___/

ORL : **Surdité** : Non Oui

Examen bucco-dentaire

Nombre de dents cariées: /___/___/

Nombre de dents absentes: /___/___/

Hygiène bucco-dentaire : Bonne Insuffisante

Poumons :

Auscultation normale anormale

Percussion normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

Abdomen

Palpation normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

Port d'appareil médico-chirurgical : Non Oui

Si Oui,

Précisez :

Symptômes du syndrome de Marfan : Non

Oui : précisez :

Déformation du thorax

Long bras et longues jambes

Pieds plats

Scoliose

Dislocation du cristallin

Autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez :
 dédoublement
 paradoxal
 3^e son
 4^e 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°) normale anormale

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

4.1 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 :

.....

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

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

NB :

- L'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L'AGE DE L'ARBITRE.
- DOIT ETRE RENOUELEE DES L'AGE DE 20 ANS

5. ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Résumé de l'preuve 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 DEUX ANS.

6. AUTRES PATHOLOGIES :

Non :

Oui :

Si oui, précisez :

.....
.....

7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) : * joindre les documents signés par le laboratoire.

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 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, | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique. |

8. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020/2021

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 : _____

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE DE L'ARBITRE
SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / / / / / / / / / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: F:

EXAMEN EFFECTUE LE : _____

TA : ____ / ____ ACUITE VISUELLE : _____ POIDS : _____ Kgs

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

Si Anormal, précisez :
.....
.....

• Résumé du Bilan Biologique : Normal Anormal

Si Anomalie , précisez :
.....
.....

RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE :

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

RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

Oui **Non**

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 : _____