COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES ARBITRES

DISTRICT DE LA CÔTE D'AZUR

DOSSIER DE CANDIDATURE ARBITRE DE DISTRICT

SAISON 2018 / 2019

NOM : . . . . . .PRÉNOM : . . . . . .

CLUB D'APPARTENANCE : . . . . . .

Les candidats devront être âgés de **13 ans au moins et de 50 ans au plus au 01 janvier 2018** pour que la candidature de l'intéressé soit prise en considération. Ce dernier devra renvoyer le présent dossier complet et dûment rempli à l'adresse suivante :

District de la Côte d'Azur de Football – 32, chemin de Terron 06200 NICE

Pièces à fournir :

- 1 autorisation parentale pour les mineurs (formulaire joint),
- 1 fiche de renseignements dûment remplie (formulaire joint),
- 1 certificat médical ; l'électrocardiogramme n'est plus obligatoire (ECG) à la constitution du dossier (formulaire joint), mais au premier renouvellement de l'arbitre stagiaire.
- Une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport du candidat,
- 2 photos d'identité récentes,
- 1 chèque de 28.00 € pour l'achat du manuel de l'arbitrage libellé à l'ordre du District de la Côte d'Azur,
- 1 extrait du casier judiciaire (bulletin N° 3) à demander à l'adresse suivante :

Casier Judiciaire National - 107, rue du Landreau - 44079 Nantes cedex 01
ou par internet : **https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20**

Cachet du club et signature
du président, si candidat non indépendant.
(Obligatoire)

Signature du candidat
(Obligatoire)

COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES ARBITRES

DISTRICT DE LA CÔTE D'AZUR

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SAISON 2018 / 2019

NOM : . . . . . .PRÉNOM : . . . . . .

ADRESSE : . . . . . .

. . . . . .E-MAIL ☹ (lisible) . . . . . .

CODE POSTAL : . . . . . VILLE : . . . . . .

TÉL DOMICILE : . . . . . .TÉL BUREAU : . . . . . TÉL PORTABLE : . . . . . .

DATE DE NAISSANCE : . . . . . LIEU : . . . . . NATIONALITÉ : . . . . . .

PROFESSION : . . . . . .

QUEL CLUB REPRÉSENTEZ-VOUS ? . . . . . .

QUEL EST VOTRE MOYEN DE LOCOMOTION ? . . . . . .

POSSÉDEZ-VOUS INTERNET CHEZ VOUS ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ÊTES-VOUS LIBRE LE SAMEDI APRÈS-MIDI ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ÊTES-VOUS LIBRE LE DIMANCHE MATIN ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ÊTES-VOUS LIBRE LE DIMANCHE APRÈS-MIDI ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ÊTES-VOUS LIBRE EN SEMAINE ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

ÊTES-VOUS DIRIGEANT DANS UN CLUB ? ☐ **OUI** ☐ **NON** LEQUEL ? . . . . . .

ÊTES-VOUS ENTRAÎNEUR DANS UN CLUB ? ☐ **OUI** ☐ **NON** LEQUEL ? . . . . . .

ÊTES-VOUS JOUEUR DANS UN CLUB ? ☐ **OUI** ☐ **NON** LEQUEL ? . . . . . .

DANS QUELLE CATÉGORIE ? . . . . . .

POSSEDEZ VOUS UN DIPLÔME DE 1er SECOURS ? ☐ **OUI** ☐ **NON** SI OUI, LEQUEL ? . . . . . .

SI NON, SERIEZ VOUS INTERESSE POUR SUIVRE LA FORMATION EVENTUELLE AU DISTRICT :

☐ **OUI** ☐ **NON** . .

Cachet du club et signature
Du président, si candidat non indépendant.
(Obligatoire)

Signature du candidat

(Obligatoire)

Les informations portées sur ce document font l'objet d'un traitement informatisé conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative « à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ». Tout licencié peut exercer «le droit d'accès et de rectification » auprès de son District.

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Nous soussignés M. et Mme . . . . . .

autorisons M.. . . . . à pratiquer l'arbitrage de football.

Fait à . . . . . ., le . . . . . **Signatures des parents,**

EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

1

Dossier à adresser, sous pli confidentiel au district, à l'attention de la Commission Médicale de District.

TOUT DOSSIER MEDICAL INCOMPLETEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNE A L'EXPEDITEUR.

SECRET MEDICAL

SAISON : DISTRICT :

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance : ..... Profession : .....
Adresse : .....
Téléphone : ..... Courriel : .....

PREAMBULE

L'examen médical préalable à la pratique de l'arbitrage en district, effectué de préférence par un médecin fédéral ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, est destiné à définir l'absence de contre-indication d'ordre médical et engage la responsabilité du praticien qui le réalise.

- La Commission Médicale de District attire votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés qui devront être réalisés dans ce dossier. Notamment, la prise en compte des facteurs de risque éventuels dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport. Si nécessaire, en fonction des résultats de l'examen médical, l'avis d'un spécialiste sera requis.

- La Commission Médicale de District enregistre l'avis du médecin examinateur et valide l'autorisation de jouer. En cas d'avis médical défavorable, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, elle ne délivrera pas l'autorisation d'arbitrer.

Le Médecin Fédéral National

➲ AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE DE DISTRICT

Partie strictement réservée à la CMD

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du Docteur .....

☐ **La Commission Médicale de district transmet le dossier au secrétariat du district pour la délivrance de la licence arbitre.**

☐ **La Commission Médicale de district décide que le dossier ne peut être validé pour raison :**

☐ administrative. Motif : .....

☐ médicale. Motif : un courrier explicatif sera adressé à l'arbitre.

Date : Signature et cachet :

EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

2

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

Date de naissance : ..... Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

➲ QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen médical

Avez-vous été hospitalisé(e) ? ..... ❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Avez-vous été opéré(e) ? ..... ❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Avez-vous des troubles de la vue ? ..... ❑ oui* ❑ non * *portez-vous des corrections* ❑ lunettes ❑ lentilles

Souffrez-vous de diplopie *(vision dédoublée par instant)* ? ..... ❑ oui ❑ non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?

❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

- accident, maladie cardiaque ou vasculaire ❑ oui* ❑ non * *précisez l'âge :* .....
- mort subite *(y compris du nourrisson)* ❑ oui* ❑ non * *précisez l'âge :* .....

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

- malaise/perte de connaissance ❑ oui ❑ non
- douleur thoracique ❑ oui ❑ non
- palpitations *(cœur irrégulier)* ❑ oui ❑ non
- fatigue/essoufflement inhabituel ❑ oui ❑ non

Avez-vous un(e) ?

- maladie cardiaque ❑ oui ❑ non
- maladie des vaisseaux ❑ oui ❑ non
- été opéré du cœur/des vaisseaux ❑ oui ❑ non
- diabète ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
- cholestérol élevé ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
- souffle cardiaque ❑ oui ❑ non
- trouble du rythme connu ❑ oui ❑ non
- hypertension artérielle ❑ oui ❑ non

Avez-vous déjà eu un(e) ?

- électrocardiogramme ❑ oui* ❑ non * *date et résultats :* .....
- échocardiogramme ❑ oui* ❑ non * *date et résultats :* .....
- épreuve d'effort maximale ❑ oui* ❑ non * *date et résultats :* .....

Fumez-vous ? ..... ❑ oui* ❑ non * *nombre par jour ?* .....
depuis quelle date ? .....

Avez-vous des allergies ? ..... ❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Prenez-vous un traitement régulièrement ? ..... ❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Vos dents sont-elles en bon état ? ..... ❑ oui ❑ non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? ❑ oui* ❑ non * *précisez :* .....

Date de vaccination contre le tétanos? .....

Je soussigné(e), M.... ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date : Signature :

EXAMEN MEDICAL DES ARBITRES DE DISTRICT

3

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

EXAMEN MEDICAL

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS		
MEDICAUX ET CHIRURGICAUX		
ALLERGIE(S)		
DATE VACCINATION ANTITETANIQUE		*Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 10 ans.*
TRAITEMENT(S)EN COURS		

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : ..... (m/cm) Poids : ..... (kg/g)	IMC :	IMC= Poids / Taille ²				
		Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
		18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE

APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE

AUSCULTATION RESPIRATOIRE							
EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE	Pression artérielle	bras gauche :			bras droit :		
	Facteur de risque âge > à 50 ans	Facteurs de risque hors âge					
	☐ oui ☐ non	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30	TOTAL

ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)

L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale *(l'interprétation automatique n'est pas valable)*

	Nombre facteurs de risque hors âge	*Période*	*À effectuer*
Homme	-	*Jusqu'à 35 ans*	*ECG de base au premier examen*
	= 0 ou 1	*de 35 à 50 ans*	*ECG tous les 5 ans*
		de 51 ans à +	*ECG + épreuve d'effort tous les 2 ans*
	= 2 ou +	*de 35 à 49 ans*	*ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans*
		de 50 ans à +	*ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans*
Femme	-	-	*ECG de base au premier examen*

ACUITÉ VISUELLE

La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique du football *(article 44 ter des règlements généraux)*

	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel
ŒIL DROIT			☐ lunettes
ŒIL GAUCHE			☐ lentilles

CONCLUSION

Je soussigné(e), ...docteur en médecine à ..... certifie avoir examiné Mme, Melle, M. ..... , arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

☐ **ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de district**

☐ **présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage de district.**

préciser le motif : .....

Date de l'examen : Signature et cachet :