



Dossier candidature Arbitre Futsal



Session de Septembre à Décembre

Au District du Var

Cette candidature doit être accompagnée des pièces suivantes :

	Chèque de 60,00 € établi par votre club d'accueil, à l'ordre du District du Var (frais d'inscription) :
	2 Photos d'identité avec NOM et Prénom au dos
	1 extrait de casier Judiciaire n°3 (107, Rue Landreau – 44079 NANTES CEDEX 1) ou par internet : https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/
	Le dossier médical d'aptitude à l'arbitrage du football (avec ECG) ci-joint complété par votre médecin. <u>(sauf les pour les arbitres en activité en football Libre)</u>
	Le rattachement au club d'appartenance complété (facultatif)
	L'autorisation parentale ci jointe complétée (Candidat mineur)
	La lettre de motivation remplie
	1 photocopie de la carte d'identité

UN MOYEN DE LOCOMOTION PERSONNEL EST INDISPENSABLE

**LE CANDIDAT DOIT RETOURNER LE PRESENT DOSSIER COMPLET
AVANT LE 20 OCTOBRE 2018 SOUS PEINE DE NE PAS POUVOIR
PARTICIPER A L'EXAMEN**

Votre dossier complet est à retourner au :

District du Var de Football
169 Avenue Charles-Marie Brun
B.P. 356
83077 TOULON CEDEX 9

ORIGINE de la CANDIDATURE

- N° Tél vu à la télé Parrainé par un arbitre Club Site Internet
- Université Lycée Collège Stage Externat Autre (Préciser) :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Saison 2018/2019

Nom			Photo
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
N° licence arbitre			
Adresse			
Code postal - Ville			
Email			
Téléphone	Portable	Domicile	Travail

Arbitre du district depuis la saison			
Statut de l'arbitrage		Club formateur	
		Club d'appartenance	
Avez-vous une licence joueur ? (1)	O / N	Si oui dans quel club	
Avez-vous une autre licence ? (1)	O / N	Si oui dans quel club	
Avez-vous un parent licencié ? (1)	O / N	Si oui lien de parenté et club	

Vous êtes libre (1) (3)					
En semaine	Samedi matin	Samedi après midi	Dimanche matin	Dimanche après midi	A partir de quelle date ?
O / N	O / N	O / N	O / N	O / N	

Vous souhaitez arbitrer					
Exclusivement à la touche (1)	O / N	En football loisir (1)		O / N	
		En futsal (1) (2)		O / N	
Moyen de locomotion (1)	O / N	Si oui lequel			

Quels sont les clubs, qu'à la suite d'incidents, vous ne souhaitez plus ou ne pouvez plus arbitrer ? (3)					

Date et Signature :

(1) Rayer la mention inutile

(2) sous réserve d'examen

(3) à renseigner impérativement pour mise à jour périodique Foot 2000

Je soussigné(e), , certifie par la présente être âgé(e) de plus de 18 ans au 1^{er} janvier 2019 , et désire suivre la formation de septembre à décembre et passer l'examen d'arbitre.

DATE :

Signature

RATTACHEMENT CLUB (Facultatif)

Club d'accueil : **N° d'affiliation :**

Nom du Président :

(Cachet du club signature du Président ou du secrétaire)



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 ?

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/perde de connaissance oui non • palpitations (*cœur irrégulier*) oui non

• douleur thoracique oui non • fatigue/essoufflement inhabituel oui non

Avez-vous un(e) ?

• maladie cardiaque oui non • souffle cardiaque oui non

• maladie des vaisseaux oui non • trouble du rythme connu oui non

• été opéré du cœur/des vaisseaux oui non • hypertension artérielle oui non

• diabète oui non ne sait pas

• cholestérol élevé oui non ne sait pas

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 ANTITÉTANIQUE	Le dernier rappel de vaccination doit dater de moins de 10 ans.
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m/cm)	IMC :	IMC= Poids / Taille ²				
Poids : (kg/g)		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					
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Antécédents familiaux	HTA	Diabète	Tabac	Hyperlipidémie	Obésité IMC > 30

ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)	L'ECG est OBLIGATOIRE. Joindre le tracé et son interprétation médicale (<i>l'interprétation automatique n'est pas valable</i>)			
		Nombre facteurs de risque hors âge	Période	À effectuer
	Homme	-	Jusqu'à 35 ans	ECG de base au premier examen
		=	de 35 à 50 ans	ECG tous les 5 ans
		0 ou 1	de 51 ans à +	ECG + épreuve d'effort tous les 2 ans
Femme	=	de 35 à 49 ans	ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les 2 ans	
	2 ou +	de 50 ans à +	ECG + épreuve d'effort à visée cardiologique tous les ans	

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			<input type="checkbox"/> lunettes
ŒIL GAUCHE			<input type="checkbox"/> 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 :