



Dossier candidature Arbitre Formation d'hiver du 5 au 10 mars 2018



Au District du Var

Cette candidature doit être accompagnée des pièces suivantes

- * Chèque établi par votre club d'accueil, à l'ordre du District du Var (frais d'inscription) :
 - * pour les moins de 23 ans au 1/1/18 :
Un de **140 Euros** à l'ordre du District du Var + un de **27 euros** à l'ordre de l'UNAF-VAR
 - * pour les plus de 23 ans au 1/1/18 :
Un de **140 Euros** à l'ordre du District du Var + un de **42 euros** à l'ordre de l'UNAF-VAR
- * 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 internet :
<http://www.cjn.justice.gouv.fr>
- * le dossier médical d'aptitude à l'arbitrage du football (avec ECG) ci-joint complété par votre médecin
- * 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 (ou livret de famille)

UN MOYEN DE LOCOMOTION PERSONNEL EST INDISPENSABLE

**LE CANDIDAT DOIT RETOURNER LE PRESENT DOSSIER COMPLET
AVANT LE 16 FEVRIER 2018 SOUS PEINE DE NE PAS POUVOIR
PARTICIPER A LA FORMATION**

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 2017/2018

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 13 ans au 1^{er} janvier 2018 , et désire suivre la formation du 5 au 10 mars 2018 et passer l'examen d'arbitre.

DATE :

Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR LES CANDIDATS MINEURS

Je soussigné(e), Mr ou Mme (1) , autorise mon fils – ma fille (1) à suivre la formation et à pratiquer l'arbitrage sur les compétitions du District.

A ce titre, je m'engage formellement à assurer son transport du domicile au lieu des rencontres pour lesquelles il sera désigné.

DATE :

Signature

(1) Barrer la mention inutile

RATTACHEMENT CLUB (Facultatif)

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

Nom du Président :

(Cachet du club signature du Président ou du secrétaire)

Note d'instruction : à propos de la visite médicale des arbitres

❖ Visites médicales spécifiques des arbitres

➤ Généralités

La visite médicale concerne tous les arbitres, arbitres auxiliaires ou tout membre licencié de la fédération susceptible de faire fonction d'arbitre qu'il soit dirigeant, joueur, ou éducateur.

Elle ne différencie pas :

- l'aptitude à arbitrer au centre ou à la touche
- arbitre et arbitre assistant

Elle est :

- obligatoire tous les ans
- effectuée de préférence par un médecin fédéral ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport
- respectueuse du protocole établi et des examens demandés

Elle est plus :

- SPÉCIFIQUE s'il s'agit d'un arbitre de Ligue (*examen ophtalmologique*)
- COMPLÈTE selon l'âge et les facteurs de risque

Elle comporte :

- obligatoirement un examen clinique
- éventuellement un examen cardiologique avec échographie et épreuve d'effort
- éventuellement un examen ophtalmologique ou autre (*selon la réglementation ou les constatations du médecin examinateur*)

Des investigations complémentaires peuvent être exigées, surtout devant la notion de facteurs de risque cardio-vasculaires et/ou d'autres problèmes médicaux.

Le médecin donne son avis sur l'aptitude à arbitrer en tenant compte des facteurs de risque. **Il est responsable de son examen.**

- ✓ La cécité monoculaire est une contre-indication absolue à la pratique de l'arbitrage.
- ✓ La diplopie est une contre-indication relative à la pratique de l'arbitrage.
- ✓ La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive en raison de l'aggravation de la sensibilité à l'éblouissement.

Dossiers médicaux des arbitres

Le dossier médical expédié à chaque arbitre doit être accompagné de courriers explicatifs (voir modèles en annexe : lettre n° 1 et lettre n° 2).

Avant la visite médicale, l'arbitre doit :

- remplir et signer le questionnaire médical

Lors de la visite médicale, l'arbitre doit :

- présenter son dernier certificat de vaccination antitétanique (*annexe 10.1 - calendrier des vaccinations*)
- présenter ses ordonnances et analyses biologiques (*en cas de pathologie en cours*)

Après la visite médicale, l'arbitre doit :

- envoyer le dossier sous pli cacheté et confidentiel à la commission médicale de la ligue ou du district concerné

La commission médicale, commission de contrôle, validera ou invalidera de façon temporaire ou définitive l'autorisation d'arbitrer selon les conclusions du médecin examinateur, mais elle peut demander des examens médicaux complémentaires avant de statuer.

Seuls les arbitres ayant satisfait à ces obligations et ayant obtenu la non contre-indication à la pratique de l'arbitrage pourront participer aux tests de terrain.

➤ Arbitre de district

Pour le dossier médical des arbitres de district se référer au protocole d'examen.

Examen cardiologique :

L'électrocardiogramme est **obligatoire** au premier examen. Joindre le tracé et son interprétation (*l'interprétation automatique n'est pas valable*).



À partir de 35 ans, il sera renouvelé selon le rythme établi par le protocole de l'examen.

Examen biologique :

Des examens biologiques peuvent être demandés.

➤ Arbitre de ligue

Pour le dossier médical des arbitres de ligue se référer au protocole d'examen.

Examen cardiologique :

Mêmes obligations d'examen que les arbitres de district.

Examen biologique :

Des examens biologiques peuvent être demandés.

Examen ophtalmologique :

Cet examen est obligatoire et complet la première année de l'arbitrage selon le protocole établi en page 4 du dossier médical d'arbitre de ligue.



à partir de 35 ans, il sera répété tous les 4 ans.

Certaines anomalies constatées ou maladies évolutives de la vision peuvent être une contre-indication temporaire ou définitive à l'arbitrage.

Pour toutes les catégories d'arbitres, la Commission Médicale Régionale peut, devant des facteurs de risque cardio-vasculaires ou des problèmes oculaires, modifier la fréquence des examens.



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/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

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

ÉLECTRO-CARDIOGRAMME (ECG)		Nombre facteurs de risque hors âge	Période	À effectuer
		Homme	-	Jusqu'à 35 ans
=	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
			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
			Femme	-

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 :