



# Dossier candidature Arbitre Formation Longue



## Session de Janvier à Mai 2020

Au District du Var

*Cette candidature doit être accompagnée des pièces suivantes :*

	Chèque de <b>60,00 €</b> établi par votre club d'accueil, à l'ordre du District du Var (frais d'inscription) :
	1 Photos d'identité avec NOM et Prénom au dos
	1 extrait de casier Judiciaire n°3 par internet : <a href="https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/">https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/</a>
	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
	Fiche de Renseignements

**UN MOYEN DE LOCOMOTION PERSONNEL EST INDISPENSABLE**

**LE CANDIDAT DOIT RETOURNER LE PRESENT DOSSIER COMPLET  
AVANT LE 20 AVRIL 2020  
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 2019/2020

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

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), ..... , certifié par la présente être âgé(e) de plus de 13 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2019 , et désire suivre la formation de septembre à décembre 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)**





# 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 MÉDICAL INCOMPLÈTEMENT REMPLI SERA IRRECEVABLE ET RETOURNÉ À L'EXPÉDITEUR.

## 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 • 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 :

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

## EXAMEN MEDICAL

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX			
ALLERGIE(S)			
DATE VACCINATION ANTITÉTANIQUE		Calendrier des rappels de vaccination : 11-13 ans, 25 ans, 45 ans, 65 ans...	
TRAITEMENT(S) EN COURS			

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

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

### EXAMEN SOMATIQUE

#### APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

#### APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE

EXAMEN RESPIRATOIRE							
PRESSION ARTÉRIELLE	Bras gauche :			Bras droit :			
FACTEUR DE RISQUE	Lié à l'âge	Hors âge					TOTAL
	> à 50 ans <input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Tabac <input type="checkbox"/>	Hyperlipidémie <input type="checkbox"/>	Obésité IMC > 30 <input type="checkbox"/>

EXAMEN CARDIOLOGIQUE	Facteur de risque hors âge	Âge	Examen à effectuer (Homme et Femme) selon la périodicité suivante (*)				
	-	Jusqu'à 34 ans inclus	<b>Uniquement lors de la 1<sup>ère</sup> licence</b>	Moins de 18 ans : ECG de repos et <b>dès 18 ans</b> compléter avec Échographie cardiaque À partir de 18 ans : ECG de repos + Échographie cardiaque			
	0 ou 1	dès 35 à 50 ans inclus	<b>Tous les 5 ans</b> : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique				
		dès 51 ans à +	<b>Tous les ans</b> : ECG de repos <b>Tous les 5 ans</b> : Épreuve d'effort à visée cardiologique				
2 ou +	dès 35 ans à +	<b>Tous les ans</b> : ECG de repos <b>Tous les 5 ans</b> (protocole minimum) : Épreuve d'effort à visée cardiologique ● Selon avis médecin ou cardiologue : La fréquence peut être modifiée et d'autres examens demandés					
		(*) en dehors de tout signe fonctionnel ou d'examen nécessitant un avis cardiologique et/ou des examens supplémentaires					

*Joindre :  
Tracé et interprétation (non  
automatique) de l'ECG et les  
conclusions des autres  
examens*

### ACUITÉ VISUELLE

À ne pas effectuer si l'année est commune avec l'examen ophtalmologique complet obligatoire de la page 4

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