

NOM: _____ PRENOM(S): _____

ANTECEDENTS MEDICAUX:

1.1 ANTÉCÉDENTS PERSONNELS:

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

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

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

1.3 PRESCRIPTION MÉDICALE COURANTE DES 12 DERNIERS MOIS

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

2. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

Taille: / / / / cm Poids : / / / / kg BMI: / / / /

Acuité Visuelle: Œil droit: / / / Œil gauche: / / /

Examen bucco-dentaire

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

Poumons:

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

Abdomen

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

Examen Orthopédique

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

Port d'appareil médico-chirurgical:

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



Symptômes du syndrome de Marfan. Si Oui Précisez

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

3.1 ECG 12 ELECTRODES

- EN POSITION ALLONGÉE 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 :

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

3.2 Echocardiographie Initiale :

Effectuée le : /__ /__ //__ /__ /__ /__ /__

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

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

NB :

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quel que soit l'âge de l'arbitre.
- Doit être renouvelée dès l'âge de 20 ans révolus.

3.3 ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) :

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

Résumé de l'Epreuve d'Effort « Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort ».

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

NB : l'ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) EST DEMANDÉ APRES L'ÂGE DE 35 ANS, RENOUVELÉ CHAQUE QUATRE (04) ANS.

4. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

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

5. BILAN BIOLOGIQUE : « joindre les documents signés par le service accrédité ».

1. Groupage Sanguin,

2. FNSa vectaux des réticulocytes.

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 3. Sodium sanguin, | Cholestérol LDL, |
| 4. Potassium sanguin, | 8. Cholestérol HDL, |
| 5. Créatinémie et Urée Sg, | 9. Triglycérides, |
| 6. Cholestérol (total), | 10. Glycémie à jeun, |
| 7. | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| | 12. Acide Urique. |



RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

- Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

- Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025/2026

NOM ET PRENOMS : _____

APTE À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE :

☐ Oui ☐ Non

8. MÉDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____



الكتنف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر:

العنوان:

رقم الهاتف/البريد الإلكتروني :



معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب:

تاريخ ومكان الميلاد:

نوع العينة :

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر :

الجهة الطالبة للتحاليل :

تفاصيل الفحص

للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محظورة أخرى.

وقد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

☐ تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.

رئيس النادي

المخبر

DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

Saisonsportive2026-2027

NOM: _____ PRENOM(S): _____

DATEDENAISSANCE: / ____ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ (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 :