QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MINEUR

"QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR"

SAISON (N) : 20…. / 20….

AVERTISSEMENT À DESTINATION DES PARENTS DE L'ARBITRE MINEUR OU DE LA PERSONNE AYANT L'AUTORITÉ PARENTALE :

- L'arbitre concerné doit avoir moins de 18 ans au 1er juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- Ce questionnaire doit être complété de préférence par le mineur, si vous estimez qu'il est capable de le faire.
- Il est de votre responsabilité de vous assurer qu'il soit correctement rempli et d'appliquer les instructions en fonction des réponses

Pour plus de détails se conférer à la notice accompagnant le DMA ou à l'article 70 des règlements généraux de la FFF

Questionnaire téléchargeable également sur le site de la FFF ou mis à disposition par votre district ou votre ligue

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUVELLEMENT)

Ce questionnaire de santé n'est pas un contrôle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il permet de savoir si vous devez fournir un DMA *(pages 1 à 4 - équivalent du certificat médical)* **pour demander votre licence d'arbitre au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 de ses règlements Généraux.**

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ / Quel est ton âge ? ……. ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	**OUI**	**NON**
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
AUJOURD'HUI	**OUI**	**NON**
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	**OUI**	**NON**
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? *(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)*	☐	☐

MARCHE À SUIVRE DE L'ARBITRE MINEUR POUR SA DEMANDE DE LICENCE :

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de DMA à fournir

Reportez-vous à la page 7 du DMA pour **ATTESTER** avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire ci-dessus.
Joindre votre attestation à votre demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

DMA à fournir (page 1 à 4)

Vous devez **consultez** un médecin. Lui présenter ce questionnaire renseigné ainsi que le DMA pour qu'il y porte sa conclusion quant à l'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
Joindre votre DMA à votre demande de licence.

Nouvelle édition mise en circulation pour la saison 2021-2022

AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

SAISON (N) : 20…. / 20….

EN VUE D'UNE DEMANDE DE LICENCE D'ARBITRE DE :

☐ **DISTRICT** ……

☐ **LIGUE** ……

NOM : …… PRÉNOM : ……

Date de naissance : ……

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire de santé de l'arbitre :

☐ MAJEUR *(en page 5 du DMA)*
☐ MINEUR *(en page 6 du DMA)*

et j'atteste avoir :

☐ Répondu NON à toutes les questions.
Joindre cette attestation à votre demande de licence.

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s).
Joindre le DMA (page 1 à 4) rempli par votre médecin à votre demande de licence.

Le : Signature :