



# GUIDE PRATIQUE

RENOUVELLEMENT

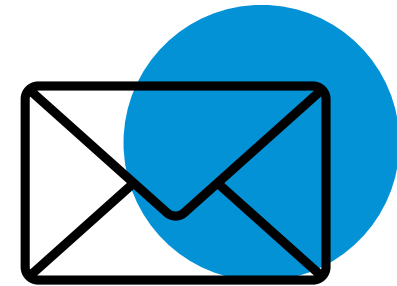
DOSSIER

ARBITRE

SAISON 2026/2027



# QUELQUES RAPPELS...



## LE DOSSIER DOIT ÊTRE ENVOYÉ LE PLUS TÔT POSSIBLE

Ne pas attendre le mois d'août, le temps de traitement est plus long à cette période

**LES ENVOIS DU DOSSIER PAR MAIL NE SONT PAS AUTORISÉS, UTILISER IMPÉRATIVEMENT LE DOSSIER VERSION 2026/2027**

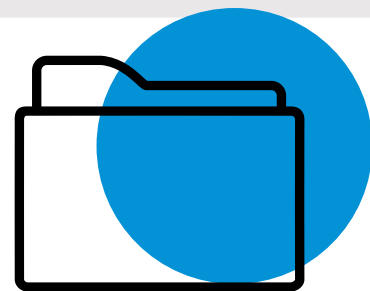


## LA DEMANDE DE LICENCE DOIT AUSSI ÊTRE FAITE AVEC VOTRE CLUB

Elle ne doit pas être confondue avec le renouvellement du dossier arbitre.

La licence doit obligatoirement être faite avant le 31 août.

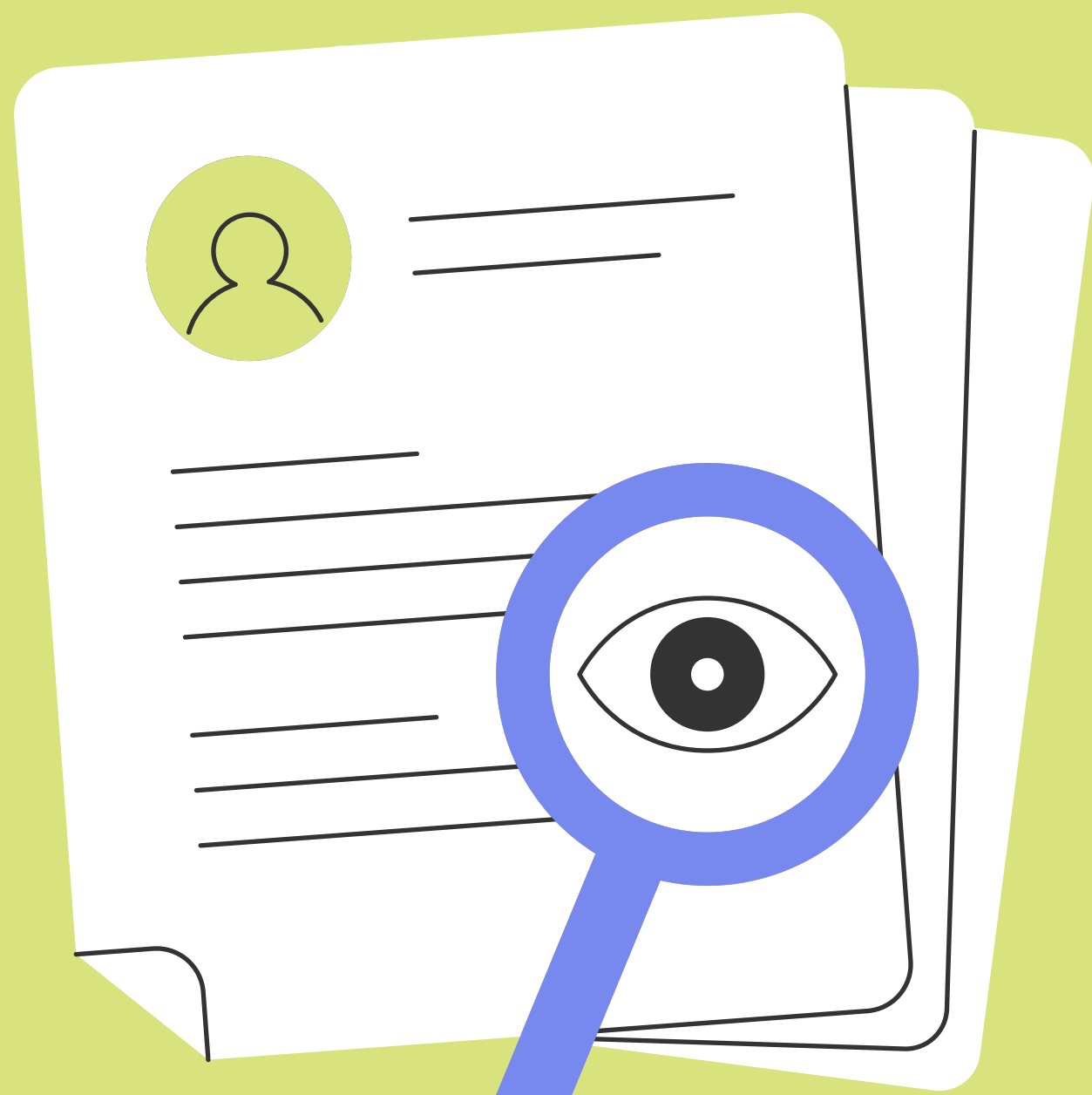
Sinon votre club ne sera pas couvert pour la saison sur le statut de l'arbitrage.



## GESTION DU DOSSIER

Le dossier de renouvellement arbitre est géré exclusivement par le District et non par le club.

**LE DOSSIER DE RENOUELEMENT EST COMPOSÉ DE  
PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE  
A LA DATE DU 01 JUILLET 2026 !**



- 18 ans

de 18 à 34 ans

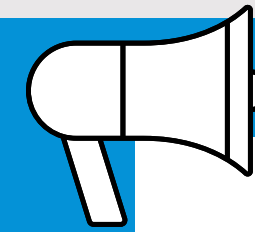
35 ans et +

# LE DOSSIER DE RENOUELEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE

- AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE
- AUTORISATION PARENTALE (SI -18 ANS)
- QUESTIONNAIRE SANTÉ
- FICHE INDIVIDUELLE - QR CI-DESSOUS :



**-18 ANS**



Nous vous rappelons que si le questionnaire n'est pas correctement complété, votre dossier sera renvoyé. En cas d'une réponse positive « OUI », un DOSSIER MEDICAL ARBITRE sera alors exigé.

**LE DOSSIER DOIT ÊTRE ENVOYÉ UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE ET NON PAR MAIL**

# LE DOSSIER DE RENOUVELLEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE

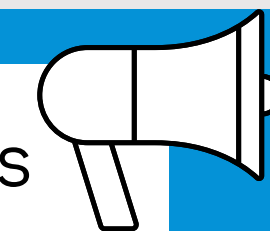
L'échographie cardiaque doit être réalisée au moins une fois au cours de sa carrière d'arbitre. Sans la réalisation de votre échographie cardiaque, votre dossier ne pourra pas être validé.

- DROIT A L'IMAGE ARBITRE MAJEUR
  - QUESTIONNAIRE DE SANTE ARBITRE MAJEUR OU DMA
  - FICHE INDIVIDUELLE ARBITRE MAJEUR
- QR CODE A SCANNER :



## DE 18 À 34 ANS

Les arbitres âgés de 18 ans à 34 ans sont soumis à la même procédure que les joueurs majeurs concernant l'examen médical (dossier médical arbitre « DMA » tous les 3 ans et questionnaire pour les deux autres années).



**LE DOSSIER DOIT ÊTRE ENVOYÉ UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE ET NON PAR MAIL**

# LE DOSSIER DE RENOUVELLEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE

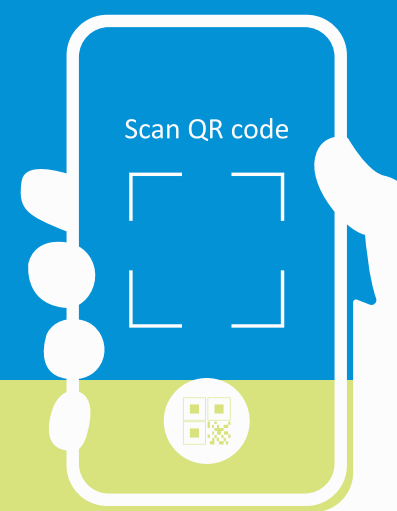


L'échographie cardiaque doit être réalisée au moins une fois au cours de sa carrière d'arbitre. Sans la réalisation de votre échographie cardiaque, votre dossier ne pourra pas être validé.

Le test à l'effort n'est plus obligatoire. Seul le cardiologue décidera des examens complémentaires cardiologiques qui seront éventuellement à prévoir (ECG obligatoire).

- DOSSIER MÉDICAL ARBITRE
  - DROIT À L'IMAGE ARBITRE MAJEUR
  - FICHE INDIVIDUELLE ARBITRE MAJEUR
- SCANNER LE QR CODE :

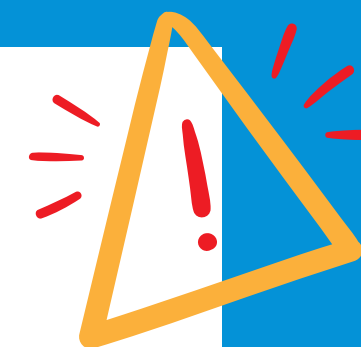
**+ DE 35 ANS**



A partir de 35 ans il sera nécessaire de fournir un DMA complet chaque année.

De plus, à 35 ans, puis tous les 5 ans, il faudra en plus réaliser un bilan sanguin complet prescrit par votre médecin traitant. Ces résultats sont à fournir à un cardiologue.

**Pensez à anticiper !**



**LE DOSSIER DOIT ÊTRE ENVOYÉ UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE ET NON PAR MAIL**

# RECAPITULATIF PAR ÂGE



\*ECG : électrocardiogramme

| VOTRE AGE       | QUESTIONNAIRE SANTÉ | ECG ET ECHOGRAPHIE CARDIAQUE  | DOSSIER MEDICAL ARBITRE  | FICHE INDIVIDUELLE INFORMATISÉE | AUTORISATION PARENTALE | AUTORISATION DROIT A L'IMAGE |
|-----------------|---------------------|---|--|---------------------------------|------------------------|------------------------------|
| MOINS DE 18 ANS |                     |   | Seulement si une réponse positive au questionnaire   |                                 |                        |                              |
| DE 18 A 34 ANS  |                     | ECG : 1ère année avant inscription<br>Echo : dans la 1ère année d'inscription   | ANNÉE 1 : DMA<br>ANNÉE 2 : questionnaire (si rep positive = DMA)<br>ANNÉE 3 : questionnaire (si rep positive = DMA)<br>ANNÉE 4 : DMA |                                 |                        |                              |
| 35 ANS ET PLUS  |                     | A 35 ans, puis tous les 5 ans, il faudra en plus du DMA, réaliser un bilan sanguin complet prescrit par votre médecin traitant. Ces résultats sont à fournir à un cardiologue (qui réalisera au moins un ECG).<br>Echo : dans la 1ère année d'inscription |  |                                 |                        |                              |

# BIEN COMPLETER SON DOSSIER MEDICAL



LES PIEGES à éviter...

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

**A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A VOTRE COMMISSION MÉDICALE.  
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre.**

saison 2026/2027

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

## PRÉAMBULE

*Le DMA (page 2 à 5) correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.  
Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport.  
La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis.  
Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.*

*La Commission Médicale de district ou de ligue de l'arbitre fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer.  
En cas d'avis médical défavorable de la commission médicale concernée, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.*

Le Médecin Fédéral National

Partie strictement réservée à la Commission

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE DE :

DISTRICT .....

LIGUE .....



PAGE 1

## RENSEIGNEMENTS

Bien compléter la **TOTALITÉ**  
des champs de  
renseignement demandés  
avec vos renseignements.

## PRÉAMBULE

Le DMA (page 2 à 5) correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.  
 Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport.  
 La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis.  
 Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.

La Commission Médicale de district ou de ligue de l'arbitre fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer.  
 En cas d'avis médical défavorable de la commission médicale concernée, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.

Le Médecin Fédéral National



**ATTENTION**  
 Ne pas remplir la partie réservée à la commission médicale.

*Partie strictement réservée à la Commission*

**AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE DE**

DISTRICT.....  
 LIGUE.....

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre précité et des conclusions de l'examen du Docteur : .....

transmet le dossier au secrétariat du district ou de ligue pour la délivrance de la licence arbitre.  
 décide que le dossier ne peut être validé pour la saison .....

administrative Motif : .....

médicale Motif : un courrier explicatif sera adressé à l'arbitre.

**DATE :** ..... **SIGNATURE et CACHE (obligatoire) :** .....



# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

saison 2026/2027



SECRET MÉDICAL

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen clinique

non  oui\* Avez-vous été hospitalisé(e) ?

\* précisez :

non  oui\* Avez-vous été opéré(e) ?

\* précisez :

non  oui\* Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?

\* précisez :

non  oui\* Avez-vous des troubles de la vue ? \* précisez la correction :  lunettes  lentilles

non  oui\* Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ?

Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ?

non  oui\* - pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire \* précisez l'âge :

non  oui\* - mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson \* précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?

non  oui - un malaise/perde de connaissance

non  oui - des palpitations (cœur irrégulier)

non  oui - une douleur thoracique

non  oui - une fatigue/un essoufflement inhabituel

Avez-vous déjà eu un(e) ?

non  oui\* - électrocardiogramme \* date

non  oui\* - échocardiogramme \* date

non  oui\* - épreuve d'effort maximale \* date :

Avez-vous ?

non  oui - une maladie cardiaque

non  oui - une maladie des vaisseaux

non  oui - été opéré du cœur/des vaisseaux

non  oui - un diabète

non  oui - un cholestérol élevé

non  oui - un souffle cardiaque

non  oui - un trouble du rythme connu

non  oui - une hypertension artérielle

non  oui\* Fumez-vous ? \* nombre par jour ? depuis quelle date ?....

non  oui\* Avez-vous des allergies ? \* précisez : .....

non  oui\* Prenez-vous un traitement régulièrement ? \* précisez : .....

non  oui Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ?

non  oui\* Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?

Date de votre dernière vaccination contre le tétanos ?

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

Je soussigné(e), .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

DATE :

SIGNATURE (obligatoire) :

## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES

IMPORTANT : Sans votre consentement signé la commission médicale ne pourra faire lecture de votre DMA pour établir votre aptitude

## QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER PAR L'ARBITRE

Bien compléter son identité  
et répondre à la

**TOTALITÉ** des questions



## NE PAS OUBLIER !

De renseigner la date de  
vaccination au Tétanos +  
dates des examens  
SINON DOSSIER REFUSÉ

Date + Signature  
OBLIGATOIRE



non  oui\* **Avez-vous été hospitalisé(e) ?** \* précisez :

non  oui\* **Avez-vous été opéré(e) ?** \* précisez :

non  oui\* **Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?** \* précisez :

non  oui\* **Avez-vous des troubles de la vue ?** \* précisez la correction :  lunettes  lentilles

non  oui\* **Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ?**

non  oui\* **Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ?**  
- pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire \* précisez l'âge :

non  oui\* - mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson \* précisez l'âge :

non  oui\* **Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?**  
 non  oui - un malaise/perde de connaissance  
 non  oui - des palpitations (cœur irrégulier)  
 non  oui - une douleur thoracique  
 non  oui - une fatigue/un essoufflement inhabituel

non  oui\* **Avez-vous déjà eu un(e) ?**  
 non  oui\* - électrocardiogramme \* date  
 non  oui\* - échocardiogramme \* date  
 non  oui\* - épreuve d'effort maximale \* date :

non  oui\* **Avez-vous ?**  
 non  oui - une maladie cardiaque  
 non  oui - une maladie des vaisseaux  
 non  oui - été opéré du cœur/des vaisseaux  
 non  oui - un diabète  
 non  oui - un cholestérol élevé  
 non  oui - un souffle cardiaque  
 non  oui - un trouble du rythme connu  
 non  oui - une hypertension artérielle

non  oui\* **Fumez-vous ?** \* nombre par jour ? ..... depuis quelle date ?.....

non  oui\* **Avez-vous des allergies ?** \* précisez : .....

non  oui\* **Prenez-vous un traitement régulièrement ?** \* précisez : .....

non  oui **Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ?**

non  oui\* **Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?** \* précisez : .....

Date de votre dernière vaccination contre le tétanos ? .....

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : .....

Je soussigné(e), .....  
 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
 DATE: ..... SIGNATURE (obligatoire): .....

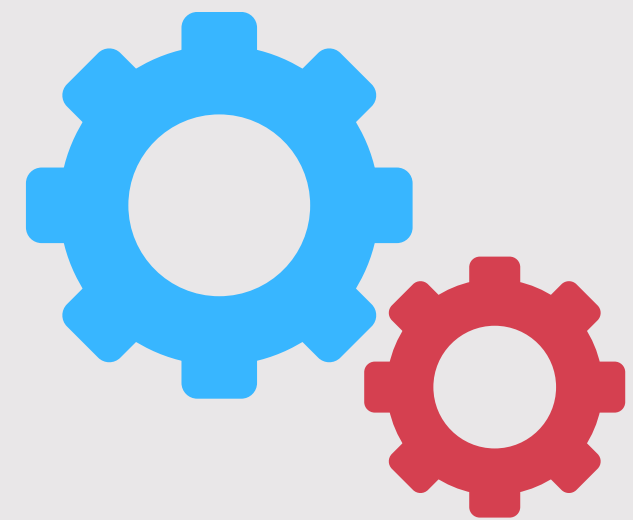
**CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES**

**IMPORTANT : Sans votre consentement signé la commission médicale ne pourra faire lecture de votre DMA pour établir votre aptitude**

*Les données précitées sont uniquement destinées à la commission médicale de district, ou de ligue, qui les conserve dès l'enregistrement du dossier, et ce durant toute l'activité de l'arbitre, puis les supprime définitivement dans l'année qui suit la cessation totale de ladite activité. En conséquence, l'arbitre est invité à faire systématiquement une copie de ses dossiers et examens s'il souhaite en conserver l'historique. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent. L'arbitre peut exercer ses droits en s'adressant auprès de la commission médicale en charge de l'instruction de son dossier.*

Je soussigné(e), ..... Consens expressément à ce que mes données personnelles y compris mes données de santé figurant sur l'ensemble du DMA fassent l'objet d'un traitement par la commission médicale de district ou de ligue et ce afin de statuer sur mon aptitude médicale dans le cadre de ma demande de licence d'arbitre

DATE: ..... SIGNATURE (obligatoire): .....



**NE PAS OUBLIER !**  
 De compléter et signer  
 la partie réservée au  
 consentement du  
 traitement des données





SECRET MÉDICAL

# DMA

saison 2026/2027

NOM : ..... PRÉNOM : .....

## EXAMEN CLINIQUE

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

|                          |  |
|--------------------------|--|
| MEDICAUX ET CHIRURGICAUX |  |
| ALLERGIE(S)              |  |
| TRAITEMENT(S) EN COURS   |  |

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

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

### EXAMEN SOMATIQUE : anomalie éventuelle

### EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

### EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE : anomalie éventuelle

### EXAMEN CARDIOLOGIQUE : anomalie éventuelle

*Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés*

|   |  |
|---|--|
| Pression Artérielle                                 |  |
| Fréquence Cardiaque de repos                        |  |
| Interprétation ECG si nécessaire (joindre le tracé) |  |
| ÂGE   | Joindre les tracés et interprétations des examens cardiologiques   |
| Moins de 18 ans                                     | Aucun examen cardiaque à effectuer   |
| De 18 ans à +                                       | Une seule fois par carrière réaliser une Échographie cardiaque. Cet examen exigé lors du 1er DMA est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA. L'Epreuve d'Effort à visée cardiologique n'est pas recommandée mais le cardiologue peut l'imposer en fonction des besoins  |
| De 18 à 34 ans inclus                               | Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1er DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1er DMA  |
| De 35 ans à +                                       | Tous les 5 ans : Bilan chez un cardiologue avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos. Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une Echographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique... |

### ACUITÉ VISUELLE *La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage*

|             |                   |                   |   |
|-------------|-------------------|-------------------|---|
| OEIL DROIT  | Sans correction : | Avec correction : | Mode de correction éventuel :<br><input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles |
| OEIL GAUCHE | Sans correction : | Avec correction : |   |

## PAGE A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Le médecin doit obligatoirement compléter la **TOTALITÉ** des champs



### NE PAS OUBLIER !

De faire renseigner à votre médecin :

La pression artérielle  
L'acuité visuelle, L'IMC

**ATTENTION A N'OUBLIER AUCUNE CASE LORS DE VOTRE CONSULTATION AVEC LE MEDECIN**

PAGE 3



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

EXAMEN SOMATIQUE : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE : anomalie éventuelle

EXAMEN CARDIOLOGIQUE : anomalie éventuelle

*Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés*

|   |  |
|---|--|
| Pression Artérielle                                 |  |
| Fréquence Cardiaque de repos                        |  |
| Interprétation ECG si nécessaire (joindre le tracé) |  |
| ÂGE   | Joindre les tracés et interprétations des examens cardiologiques   |
| Moins de 18 ans                                     | Aucun examen cardiaque à effectuer   |
| De 18 ans à +                                       | Une seule fois par carrière réaliser une Échographie cardiaque. Cet examen exigé lors du 1er DMA est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA. L'Épreuve d'Effort à visée cardiologique n'est pas recommandée mais le cardiologue peut l'imposer en fonction des besoins  |
| De 18 à 34 ans inclus                               | Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1er DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1er DMA.   |
| De 35 ans à +                                       | Tous les 5 ans : Bilan chez un cardiologue avec analyse des facteurs de risque, lecture du bilan biologique, examen clinique, ECG de repos. Seul le cardiologue au vu des résultats prendra la décision de compléter le bilan par une Echographie cardiaque, une épreuve d'effort à visée cardiologique, une Echographie d'effort, une IRM cardiaque, un score calcique... |

ACUITÉ VISUELLE *La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage*

|            |                   |                   |   |
|------------|-------------------|-------------------|---|
| ŒIL DROIT  | Sans correction : | Avec correction : | Mode de correction éventuel :<br><input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles |
| ŒIL GAUCHE | Sans correction : | Avec correction : |   |

### ☞ CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné(e) M, Melle, Mme, ..... , arbitre de football, et constaté(e) qu'il (elle) :

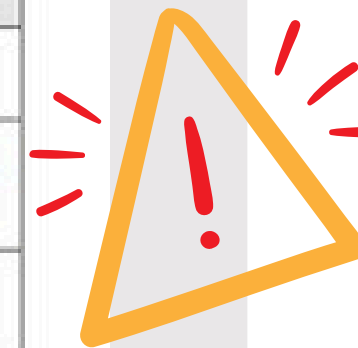
- Présente, à ce jour, une absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
- Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage. Préciser le motif : .....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET (obligatoire) :



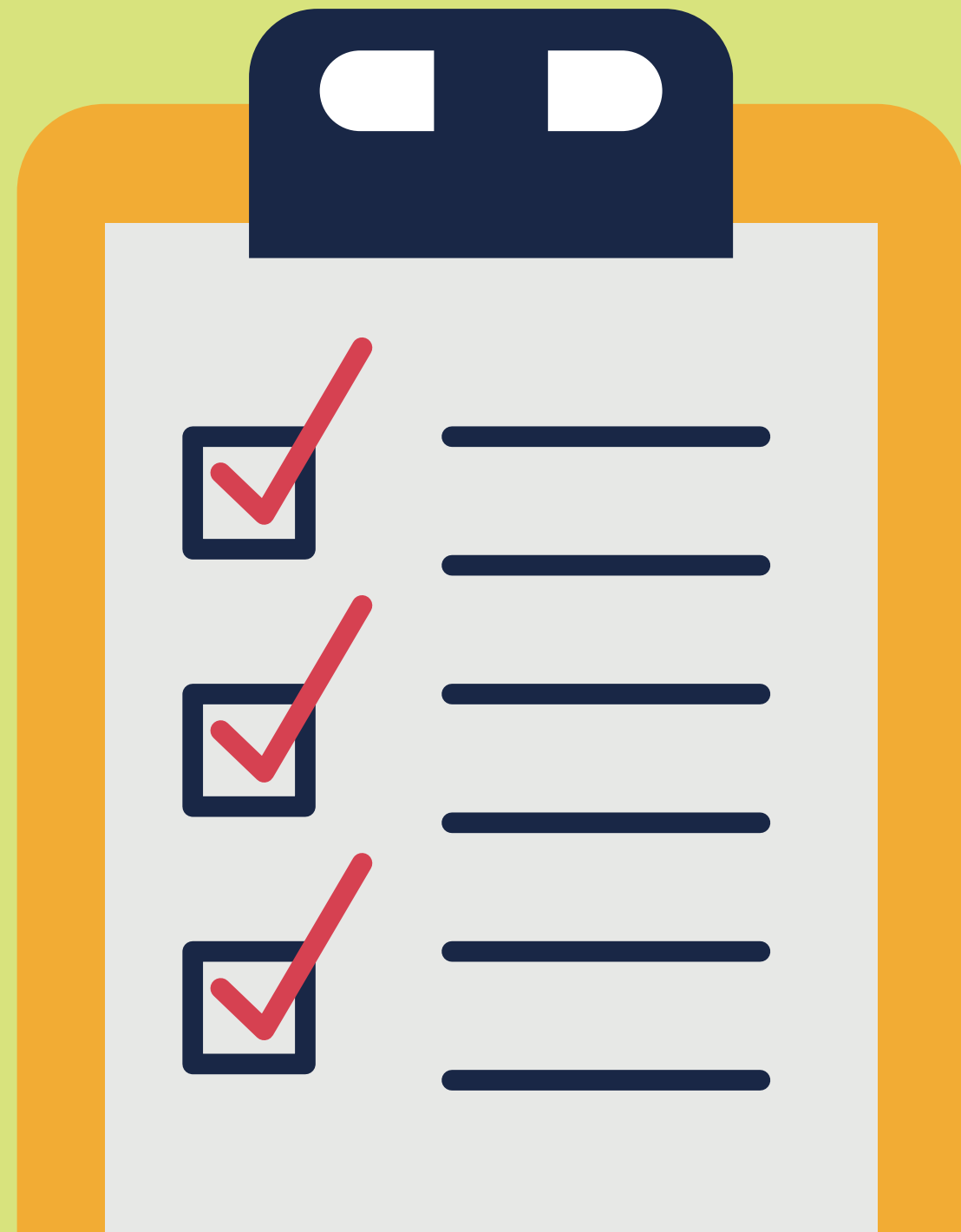
**PAGE A COMPLETER  
PAR LE MEDECIN**



Veillez à ce que votre médecin date, signe et tamponne le document



# QUESTIONNAIRE SANTÉ ARBITRES MINEURS



POUR LES ARBITRES DE MOINS DE 18 ANS

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

saison 2026/2027



CONFIDENTIEL

NOM : .....

PRÉNOM : .....

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

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

### 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 1<sup>er</sup> 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.

Ce questionnaire de santé n'est pas un contrôle. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Il permet de savoir si vous devez fournir un DMA pour demander votre licence d'arbitre au sein de la FFF selon les règles de 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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré(e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)   | OUI                      | NON                      |
| Te sens-tu très fatigué(e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AUJOURD'HUI  | OUI                      | NON                      |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR LES 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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br><i>(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.)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



## QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER PAR L'ARBITRE AGÉ DE MOINS DE 18 ANS

Bien répondre à la  
**TOTALITÉ** des questions

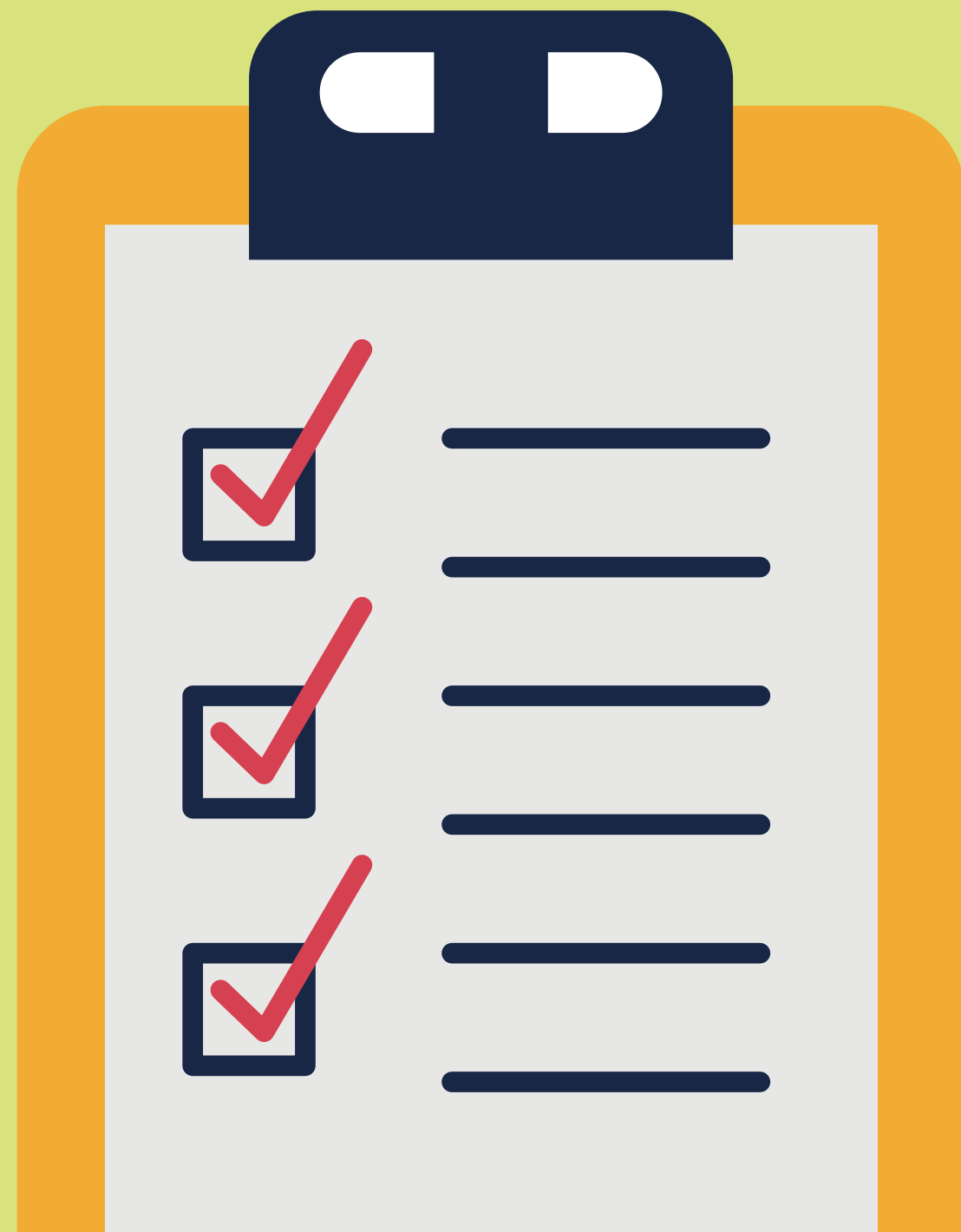


## ATTENTION

Si une réponse POSITIVE  
parmi vos réponses,  
vous devez obligatoirement  
fournir un  
Dossier Médical Arbitre



# QUESTIONNAIRE SANTÉ ARBITRES MAJEURS



DE 18 à 34 ANS

# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

saison 2026/2027



CONFIDENTIEL

NOM : .....

PRÉNOM : .....

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUVELLEMENT)

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

### UNIQUEMENT RÉSERVÉ AUX ARBITRES RÉPONDANT IMPÉRATIVEMENT AUX CONDITIONS SUIVANTES :

- avoir entre 18 à 34 ans inclus au 1<sup>er</sup> juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- avoir présenté un DMA à N-1 ou à N-2
- avoir été licencié à N-1

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un DMA 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.

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

|   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>  |                          |                          |
| 1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5   Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6   Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>À CE JOUR :</b>  |                          |                          |
| 7   Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur à la suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9   Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

- ⇒ Vous ne devez pas fournir de DMA.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.

#### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :



## QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER PAR L'ARBITRE AGÉ DE 18 À 34 ANS

- Bien répondre à la **TOTALITÉ** des questions

- ANNÉE 1 : DMA
- ANNÉE 2 : questionnaire (si rep positive = DMA)
- ANNÉE 3 : questionnaire (si rep positive = DMA)
- ANNÉE 4 : DMA



### ATTENTION

Si une réponse POSITIVE parmi vos réponses, vous devez obligatoirement fournir un Dossier Médical Arbitre





# DERNIERS CONSEILS

**LE DOSSIER DOIT ÊTRE ENVOYÉ UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE ET NON PAR MAIL**

## QUESTIONNAIRE SANTÉ

Attention il existe deux types de questionnaires santé : MAJEUR et MINEUR

## TEST A L'EFFORT

Il est indispensable d'aller chez son médecin traitant pour obtenir une lettre avant la prise de RDV chez le cardiologue.

NOUVEAUTÉ : DEMANDER UN BILAN BIOLOGIQUE au préalable, afin de l'apporter au RDV chez votre cardiologue

## DOSSIER COMPLET

Avant d'envoyer votre dossier au District (voie postale), vérifiez bien que vous avez joint la totalité des documents demandés.



## RDV MEDICAUX

Les RDV pour chez les cardiologues sont longs à obtenir, pensez à anticiper, N'ATTENDEZ PAS LE DERNIER MOMENT !

## ECG

Vérifiez que votre ECG soit bien signé et interprété par votre médecin avant de le joindre à votre dossier

## + DE 35 ANS

A 35 ans, puis tous les 5 ans, il faudra en plus du DMA (avec un ECG), réaliser un bilan sanguin complet prescrit par votre médecin traitant. Ces résultats sont à fournir à un cardiologue.

## ATTENTION

En cas de dossier incomplet ou mal renseigné, l'ensemble du dossier vous sera systématiquement retourné. Ce qui peut augmenter le délai de traitement de votre dossier jusqu'à 1 mois.



# A VOUS DE JOUER !

“

La commission de l'arbitrage reste  
cependant à votre disposition pour  
toute question.

EMAIL

[arbitres@drome-ardeche.fff.fr](mailto:arbitres@drome-ardeche.fff.fr)

