



# GUIDE PRATIQUE

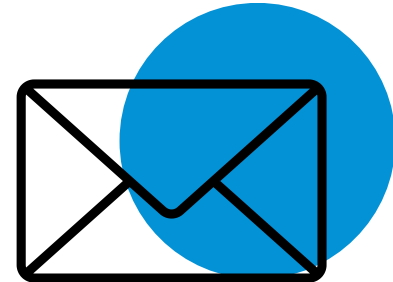
RENOUVELLEMENT

DOSSIER

ARBITRE



# 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

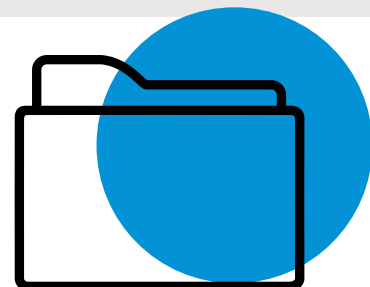


## **LA DEMANDE DE LICENCE DOIT AUSSI ÊTRE FAITE AVEC VOTRE CLUB**

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 RENOUVELLEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE



- 18 ans

de 18 à 34 ans

35 ans et +

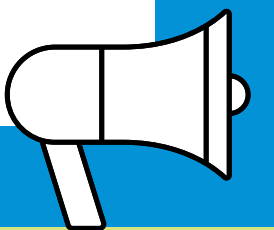
# LE DOSSIER DE RENOUELEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE

- AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE
- AUTORISATION PARENTALE
- FICHE INDIVIDUELLE
- QUESTIONNAIRE SANTÉ



**-18 ANS**

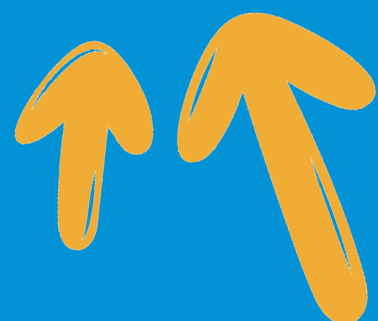
Nous vous rappelons que si le questionnaire n'est pas correctement complété, votre dossier sera renvoyé. En cas d'une réponse positive « OUI », un DOSSIER MEDICAL ARBITRE sera alors exigé.



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

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).

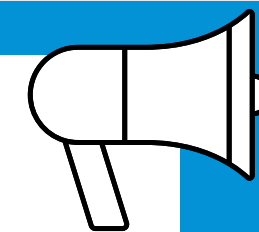
- DROIT A L'IMAGE ARBITRE MAJEUR
- FICHE INDIVIDUELLE ARBITRE MAJEUR
- QUESTIONNAIRE DE SANTE ARBITRE MAJEUR



## DE 18 À 34 ANS

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 et aucun délai supplémentaire ne sera accordé.

Pour ceux qui n'ont pas encore réalisé cet examen, vous devrez le joindre avec le dossier médical.

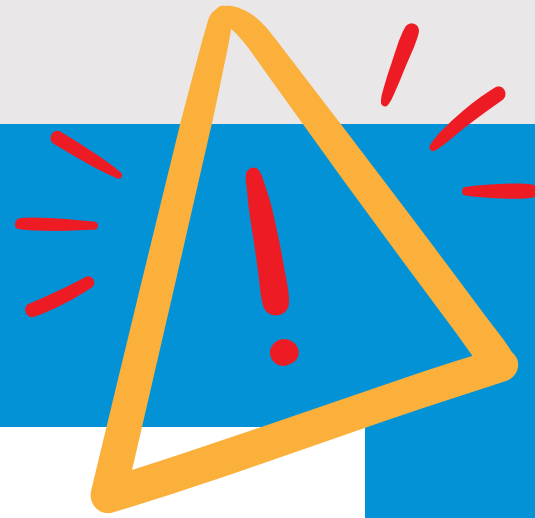


# LE DOSSIER DE RENOUVELLEMENT EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS DOCUMENTS EN FONCTION DE VOTRE ÂGE



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

- DOSSIER MÉDICAL ARBITRE
- DROIT À L'IMAGE ARBITRE MAJEUR
- FICHE INDIVIDUELLE ARBITRE MAJEUR



Un test à l'effort doit obligatoirement être réalisé dans l'année de vos 35 ans et au-delà tous les 5 ans. Ce test doit obligatoirement être joint avec le dossier de renouvellement.



**+ DE 35 ANS**

# RECAPITULATIF PAR ÂGE



VOTRE AGE	QUESTIONNAIRE SANTÉ	ECG ET ECHOGRAPHIE CARDIAQUE	DOSSIER MEDICAL ARBITRE	FICHE INDIVIDUELLE	AUTORISATION PARENTALE	AUTORISATION DROIT A L'IMAGE
MOINS DE 18 ANS			Seulement si une réponse positive au questionnaire			
DE 18 A 34 ANS	Suffisant sur un cycle de 3 ans, sauf si réponse positive = DMA	 A 18 ans ECG* (médecin traitant) + écho cardiaque (cardiologue )				
35 ANS ET PLUS		 ECG (médecin traitant) + test à l'effort (cardiologue) à faire tous les 5 ans				

\*ECG : électrocardiogramme

# BIEN COMPLETER SON DOSSIER MEDICAL



LES PIEGES à éviter...





# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

1/6

À adresser sous pli confidentiel à l'attention de votre Commission Médicale  
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre

**SECRET MÉDICAL**

SAISON :

Demande de licence d'arbitre de

DISTRICT

LIGUE

NOM : ✓

PRÉNOM : ✓

Date de naissance : ✓

Profession : ✓

Adresse : ✓

Téléphone : ✓

Courriel : ✓

## PRÉAMBULE

Le DMA (p.1 à 4) contient un examen clinique qui 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



PAGE 1

## RENSEIGNEMENTS

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

Le DMA (p.1 à 4) contient un examen clinique qui 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** .....

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 la ligue pour la délivrance de la licence arbitre.

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 :

Dernière mise à jour 16/01/2023



**ATTENTION**

Ne pas remplir la  
partie réservée à la  
commission médicale.







# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

2/6

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

## QUESTIONNAIRE MEDICAL 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) ?

non  oui\* 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 : .....

non  oui\* Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?

non  oui - un malaise/perte 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 - un 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

## QUESTIONNAIRE A COMPLETER 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



PAGE 2

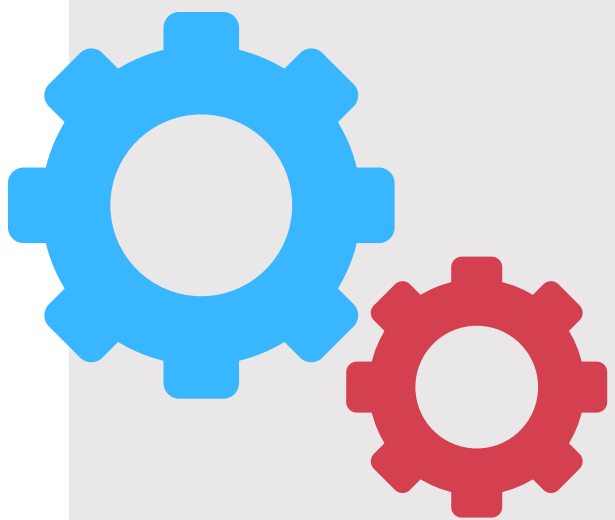
non  oui\* - échocardiogramme \* date : .....  
 non  oui\* - épreuve d'effort maximale \* date : .....

**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 - un 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

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.

*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.*

Date : ..... Signature (obligatoire) : .....



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







# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/6

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

## EXAMEN CLINIQUE

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

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

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

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

### EXAMEN SOMATIQUE

.....

### EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

.....

### EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

.....

### EXAMEN CARDIOLOGIQUE

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

	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer
<b>PRESSION ARTERIELLE</b> 	<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"/> Autres	-	Moins de 18 ans <b>Aucun examen cardiaque à effectuer</b>
		-	de 18 ans à + <b>Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque</b> > Cet examen exigé lors du 1 <sup>er</sup> DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA
		-	de 18 à 34 ans inclus <b>Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos</b> > Cet examen exigé lors du 1 <sup>er</sup> DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 <sup>er</sup> DMA.
		0 ou 1	de 35 ans à + <b>Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique</b>
		2 ou +	de 35 ans à + <b>Tous les ans : ECG de repos</b> <b>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)</b>

### ACUITÉ VISUELLE

• La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage

ŒIL DROIT	Sans correction :	Avec correction :	Mode de correction éventuel : <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

## 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

Cocher les facteurs de risque

PAGE 3



**EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle**

**EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE**

**EXAMEN CARDIOLOGIQUE**

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

PRESSION ARTERIELLE ↓	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer	
				Joindre : tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et conclusions des autres examens
<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"/> Autres	-	Moins de 18 ans	Aucun examen cardiaque à effectuer	
	-	de 18 ans à +	Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque > Cet examen exigé lors du 1 <sup>er</sup> DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA	
	-	de 18 à 34 ans inclus	Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 <sup>er</sup> DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 <sup>er</sup> DMA.	
	0 ou 1	de 35 ans à +	Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique	
	2 ou +	de 35 ans à +	Tous les ans : ECG de repos Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique (examen a minima -peut être complété)	

**ACUITÉ VISUELLE**

● La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage

ŒIL DROIT	Sans correction :	Avec correction :	Mode de correction éventuel : <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  Melle,  Mme,  M. ...., arbitre de football, et constaté 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 de l'examen :

Signature et cachet :



**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





## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MINEUR

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

**SAISON : 2023 / 2024**

**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

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

### 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 mauvaises réponses. Il permet de savoir si vous devez fournir un DMA (p 1 à 4-équivalent du certificat médical) 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 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 ?	<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"/>



## QUESTIONNAIRE A COMPLETER 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



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

5/6

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR

### "QS-SPORT"

**SAISON : 2023 / 2024**

**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

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

### QUESTIONNAIRE DE SANTÉ "QS-SPORT" PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUELEMENT)

Ce questionnaire de santé 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.

**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 inexplicée ?	<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 suite à 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"/>



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

- Bien répondre à la **TOTALITÉ** des questions
- Dossier Médical Arbitre obligatoire tous les 3 ans



PAGE 1



### ATTENTION

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





# DERNIERS CONSEILS



## QUESTIONNAIRE SANTÉ

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

## DOSSIER COMPLET

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



## RDV MEDICAUX

Les RDV pour les examens types échographie cardiaque, test à l'effort sont souvent longs à obtenir chez votre cardiologue... N'ATTENDEZ PAS LE DERNIER MOMENT !

## DOSSIER MEDICAL ARBITRE

Il peut être réalisé chez un médecin du sport ou médecin fédéral ( liste sur le Guide Pratique DDAF)

## 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.  
Il peut également être réalisé dans un centre de médecine du sport.

## ECG

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

## + DE 35 ANS

Il n'est pas nécessaire de renvoyer le questionnaire santé. Le DMA est suffisant.



## 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)

