



CONFIDENTIEL

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE NOTICE

1/4

Le DMA et son contenu s'adresse à tout arbitre licencié(e) officiellement nommé(e) "arbitre de district" ou "arbitre de ligue" (y compris les JAF et les candidats JAF)
En fonction de l'âge des arbitres précités

La nature des éléments nécessaires à l'obtention de la licence "arbitre" est différente

- L'âge s'entend au 1^{er} juillet de la saison pour laquelle la demande de licence "arbitre" est effectuée •

Vous avez moins de 18 ans • vous êtes concerné(e) par la page 7 du DMA •

➔ Vous devez :

Renseigner **UNIQUEMENT** un "Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur".

En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 7 du DMA.

⊕ CAS DES ARBITRES STAGIAIRES

Présenter **UNIQUEMENT** un "Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur".

En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 7 du DMA.

Vous avez 18 ans et jusqu'à vos 34 ans inclus • vous êtes concerné(e) par les pages 2 à 6 du DMA •

➔ Vous devez :

Présenter un DMA en alternance avec un questionnaire de santé "QS-Sport"

Le DMA équivaut au certificat médical (d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive) nécessaire à la prise d'une licence sportive. Il a une validité de 3 ans conditionnée au maintien de la qualité de licencié, à l'obligation de répondre au QS-Sport et à en attester pendant les deux saisons consécutives au DMA (cf. art 70 des RG de la FFF)

Le cycle dure 3 ans : un DMA suivi de deux "QS-Sport"



Toute interruption du cycle par perte de la qualité de licencié rend le DMA obligatoire pour la reprise dudit cycle (ex : congé sabbatique)

- Lorsque vous devez présenter un DMA : Tous les examens demandés correspondant à votre âge doivent être effectués (pge.2 à 5)
- Lorsque vous devez répondre au QS-Sport : En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées (pge.6 du DMA)

RAPPEL : l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue (voir la rubrique « informations complémentaires » ci-dessous).

⊕ CAS DES ARBITRES STAGIAIRES

Suite à la FIA et la réussite à l'examen théorique, vous êtes détenteur d'une licence d'arbitre acquise sur la base d'un certificat médical ou d'un QS-Sport (selon que vous soyez licencié joueur/éducateur ou non licencié).

Dès votre nomination officielle arbitre de district, vous devez présenter un DMA dont la validité couvrira la saison N en cours et la saison N+1. **Concernant les examens cardiaques à fournir lors de votre 1^{er} DMA : reportez-vous à la partie "examen cardiologique" de la page 4.** Puis suivre le cycle dicté par votre tranche d'âge.

Vous avez 35 ans et plus • vous êtes concerné(e) par les pages 2 à 5 du DMA •

➔ Vous devez :

Présenter un DMA chaque saison.

Tous les examens demandés correspondant à votre âge et à vos facteurs de risque doivent être effectués.

RAPPEL : l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

LORS DE LA PROMOTION D'ARBITRE DE DISTRICT À ARBITRE DE LIGUE :

- La continuité du cycle DMA /QS-Sport ainsi que la périodicité des examens cardiaques sont conservées.
- L'examen ophtalmologique exigé lors de l'arrivée en ligue est joint soit au DMA soit au QS-Sport suivant la période du cycle.

À SAVOIR

- Les praticiens qui effectuent vos examens (clinique, cardiaque, ...) peuvent demander des examens complémentaires.
- Concernant le DMA, lors de l'examen clinique le médecin émet une conclusion sur l'absence de contre-indication ou non à la pratique de l'arbitrage mais seule la commission médicale de district, ou de ligue, concernée délivre l'aptitude médicale au vu de l'ensemble des éléments, examens et informations constituant le DMA. Elle peut également demander des examens complémentaires.
- Votre district ou votre ligue sont là pour vous guider








DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE 2/4 DMA

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

SAISON 2026 /2027



SECRET MÉDICAL

NOM :  PRÉNOM : 
Date de naissance :/...../..... 
Profession : 
Adresse : 
Téléphone : 
Courriel : 

PRÉAMBULE

Le DMA (pge 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.....

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 raison :

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

DATE :

SIGNATURE et CACHET (obligatoire):

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

DMA

3/4

**SECRET MÉDICAL**

SAISON 2026 /2027

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/perte 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

non oui* - échocardiogramme

non oui* - épreuve d'effort maximale

* date

* date

* 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 ?** * 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) :

DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE 4/4

DMA



SECRET MÉDICAL

SAISON 2026 /2027

NOM :



PRÉNOM :



EXAMEN CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	<input checked="" type="checkbox"/>
ALLERGIE(S)	<input checked="" type="checkbox"/>
TRAITEMENT(S) EN COURS	<input checked="" type="checkbox"/>

EXAMEN MORPHOSTATIQUE



Taille : (m/cm)	IMC :	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
Poids : (kg/g)	(Poids/ Taille ²)	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	<input checked="" type="checkbox"/>
Fréquence Cardiaque de repos	<input checked="" type="checkbox"/>
Interprétation ECG si nécessaire (joindre le tracé)	<input checked="" type="checkbox"/>
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*

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