



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 : 2024 - 2025

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 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 :



Nom : Prénom : Saison :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

| | | | |
|--|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous été hospitalisé(e) ? | * précisez : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous été opéré(e) ? | * précisez : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ? | * précisez : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous des troubles de la vue ? | * précisez la correction : <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Souffrez-vous de dipopie (vision dédoublée par instant) ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | - pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire | * précisez l'âge : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | - mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson | * précisez l'âge : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un malaise/perde de connaissance | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - des palpitations (cœur irrégulier) | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - une douleur thoracique | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - une fatigue/un essoufflement inhabituel | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous déjà eu un(e) ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | - électrocardiogramme | * date : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | - échocardiogramme | * date : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | - épreuve d'effort maximale | * date : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Avez-vous ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - une maladie cardiaque | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - une maladie des vaisseaux | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - été opéré du cœur/des vaisseaux | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un diabète | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un cholestérol élevé | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un souffle cardiaque | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un trouble du rythme connu | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | - un hypertension artérielle | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Fumez-vous ? | * nombre par jour ? depuis quelle date ? |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Avez-vous des allergies ? | * précisez : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui* | Prenez-vous un traitement régulièrement ? | * précisez : |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ? | |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> 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) :



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 ²) | 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 | |
|---------------------------------|--|--|---|--|
| | | | | Joindre : tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et conclusions des autres examens |
| PRESSION ARTERIELLE ↓ | <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux | - | Moins de 18 ans | Aucun examen cardiaque à effectuer |
| | <input type="checkbox"/> HTA | - | de 18 ans à + | Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA |
| | <input type="checkbox"/> Diabète | - | de 18 à 34 ans inclus | Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos > Cet examen exigé lors du 1 ^{er} DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1 ^{er} DMA. |
| | <input type="checkbox"/> Tabac | - | de 18 à 34 ans inclus | |
| | <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie | 0 ou 1 | de 35 ans à + | Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique |
| | <input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30 | 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) |
| | <input type="checkbox"/> Autres | | | |

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 :



Nom :

Prénom :

Saison :

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

EXAMEN RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX ARBITRES DE LIGUE

Cet examen est **pratiqué par un médecin ophtalmologue**.

Il est **OBLIGATOIRE** : ● **la première année de l'arbitrage en ligue**. Il comprend les examens du bilan initial (7 items)

● **tous les 4 ans à partir de 35 ans**. Il comprend les examens du bilan de renouvellement (3 items)

Entre ces visites, toute survenue d'évènement ophtalmique (*médical, chirurgical ou traumatique*) devra être signalée à votre commission médicale.

| BILAN INITIAL <input type="checkbox"/> | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 • ACUITÉ VISUELLE | | |
| | Œil droit | Œil gauche |
| Sans correction | | |
| Avec correction | | |
| Correction optique | | |
| Mode de correction | <input type="checkbox"/> lunettes | <input type="checkbox"/> lentilles |
| 2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé) | | |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |
| 3 • VISION BINOCULAIRE | | |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |
| 4 • MOBILITÉ PUPILLAIRE | | |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |
| 5 • EXAMEN ORGANIQUE DES GLOBES OCULAIRES | | |
| | Œil droit | Œil gauche |
| Segment | | |
| Fond d'œil | | |
| 6 • TEST CHROMATIQUE ISHIHARA | | |
| | | |
| 7 • ÉBLOUISSEMENT - Existe-il une sensibilité à l'éblouissement ? | | |
| | | |

| RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 • ACUITÉ VISUELLE | | |
| | Œil droit | Œil gauche |
| Sans correction | | |
| Avec correction | | |
| Correction optique | | |
| Mode de correction | <input type="checkbox"/> lunettes | <input type="checkbox"/> lentilles |
| 2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé) | | |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |
| 3 • VISION BINOCULAIRE | | |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |

• - ♦ - •

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage.
- La diplopie est une contre-indication relative.
- La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive (motif : aggravation de la sensibilité à l'éblouissement)
- Selon les résultats transmis, la commission médicale se réserve le droit de demander des examens complémentaires (autres spécialistes)

• - ♦ - •

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

Je soussigné(e), ophtalmologue à certifie avoir examiné Melle, Mme, M., arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

Présente, à ce jour, une absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de l'arbitrage.

Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan ophtalmologique.

Préciser le motif :

Date de l'examen :

Signature et cachet :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR

"QS-SPORT"

SAISON (N) : 20.... / 20....

UNIQUEMENT RÉSERVÉ AUX ARBITRES RÉPONDANT IMPÉRATIVEMENT AUX CONDITIONS SUIVANTES :

- avoir entre 18 à 34 ans inclus au 1^{er} 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 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| DURANT LES 12 DERNIERS MOIS : | | |
| 1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? | <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"/> |
| À CE JOUR : | | |
| 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"/> |

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 :

- ⇒ Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.
Consultez un médecin : présentez-lui 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.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.

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 1^{er} 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"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <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 :

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 :

- ⇒ Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.
Consultez un médecin : présentez-lui 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.
- ⇒ Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.