

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL



BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) : * joindre les documents signés par le laboratoire.

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Groupage Sanguin, | 7. Cholestérol LDL, |
| 2. FNS, | 8. Cholestérol HDL, |
| 3. Sodium sanguin, | 9. Triglycérides, |
| 4. Potassium sanguin, | 10. Glycémie à jeun, |
| 5. Créatinémie, | 11. Protéine C-réactive (CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique. |

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE DE L'ARBITRE
SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: ☐ F: ☐

EXAMEN EFFECTUE LE : _____

TA : ____ / ____ ACUITE VISUELLE : _____ POIDS : _____ Kgs

• Résumé de l'analyse de l'ECG : ☐ Normal ☐ Anormal

Si Anormal, précisez :
.....
.....

• Résumé du Bilan Biologique : ☐ Normal ☐ Anormal

Si Anomalie , précisez :
.....
.....

RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

☐ **Oui** ☐ **Non**

MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffes et Signature : _____



الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo
3,5 x 3,5

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES
D'INFECTION PAR LA COVID-19
SAISON SPORTIVE: 2020 - 2021

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr :

Nom :

Prénom(s) :

Fils (le) de : et de :

Né (e) le : à : Wilaya de :

Club : ligue de :

Demeurant :

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ? | Oui ☐ | Non ☐ |

Le joueur devra absolument consulter le médecin du club avant la signature de la licence s'il :

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiène et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature du joueur / Tuteur / Arbitre

Fait à :

Le : à : h mn



Fédération Algérienne de Football
Ligue Régionale de Football Ouargla
Ligue de Wilaya de Football Ouargla



Fiche d'enseignement Arbitre - Arbitre Assistant

Nom :
Prénom :
Spécialité (Arbitre Principale/Assistant) :
Date et lieu de naissance :

Situation familiale :
Groupage :
Adresse :
Mobile :
Email :
Niveau d'instruction :
Fonction :
Employeur :
Date d'entrée à l'arbitrage :
Ligue D'appartenance :
Autre Diplômes :
Grade d'arbitre wilaya :
Grade d'arbitre de
région :
Êtes-vous prêt pour arbitre tous les jours :

Arabe : - Français : - Anglais :

Maitrise Des Langues

اللقب:
الاسم:
الاختصاص (حكم رئيسي/حكم مساعد):
تاريخ و مكان الازدياد:
الحالة العائلية:
فصيلة الدم:
العنوان:
الهاتف:
البريد الالكتروني:
المستوى الدراسي (بالتحديد):
المهنة:
مكان العمل:
تاريخ الدخول للتحكيم:
الرابطه الولائية:
الشهادات المتحصل عليها:
رتبة حكم ولائي:
رتبة حكم جهوي:
العربية: / الفرنسية: / الانجليزية:

مستوى اللغات

Je soussigné, certifié l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus,

Fait à : le :