

# REGLES DE VIE AU SEIN DU CLUB

## Je suis licencié(e) à l'OLYMPIQUE SALAISE RHODIA

- 1** Je respecte mes co-équipiers, les éducateurs, les dirigeants, les adversaires et les arbitres lors d'une rencontre.
- 2** Je reste poli(e) avec tout le monde et en toutes circonstances (Je dis bonjour...)
- 3** Je suis ponctuel(le) et je préviens mon éducateur en cas de retard ou d'absence.
- 4** Je prends soin de ma tenue et du matériel mis à disposition par le club.
- 5** Je veille à toujours laisser propres les endroits que je fréquente.
- 6** Je respecte les lois du jeu et je ne conteste pas les arbitres qui les font appliquer.
- 7** Je participe aux événements organisés par mon club et à son assemblée générale.
- 8** Je prends soin de ma santé et veille à mon hygiène de vie.
- 9** Je cherche à progresser en refusant toute forme de violence et de tricherie.
- 10** Je joue au football avant tout pour me faire plaisir et m'épanouir.
- 11** Parce que je suis un «ambassadeur» de mon club, je me dois d'avoir un comportement exemplaire, tant sur le terrain qu'en dehors !

**EN CAS DE NON RESPECT DES REGLES :**

**Signature du licencié :**



**Je peux être convoqué(e) Je peux être sanctionné(e)**





# 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 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 :



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

2/6

Nom : .....

Prénom : .....

Saison : .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

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

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

Avez-vous des troubles de la vue ? .....  oui\*  non \* portez-vous des corrections  lunettes  lentilles

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

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

oui\*  non \* précisez : .....

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu(e) avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

- pathologie neurologique,  oui\*  non \* précisez l'âge : .....
- maladie cardiaque ou vasculaire
- mort subite durant la pratique sportive ou non,  oui\*  non \* précisez l'âge : .....
- y compris du nourrisson

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e) ?

- malaise/perte de connaissance  oui  non
- douleur thoracique  oui  non
- palpitations (*cœur irrégulier*)  oui  non
- fatigue/essoufflement inhabituel  oui  non

Avez-vous un(e) ?

- maladie cardiaque  oui  non
- maladie des vaisseaux  oui  non
- été opéré du cœur/des vaisseaux  oui  non
- trouble du rythme connu  oui  non
- diabète  oui  non  ne sait pas
- hypertension artérielle  oui  non
- cholestérol élevé  oui  non  ne sait pas
- souffle cardiaque  oui  non
- cholestérol élevé  oui  non

Avez-vous déjà eu un(e) ?

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

Fumez-vous ? .....

oui\*  non \* nombre par jour ? .....

depuis quelle date ? .....

Avez-vous des allergies ? .....

oui\*  non \* précisez : .....

Prenez-vous un traitement régulièrement ? .....

oui\*  non \* précisez : .....

Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ? .....

oui  non \* précisez : .....

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? .....

oui\*  non \* précisez : .....

Date de vaccination contre le tétonas ? .....

Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :

Je soussigné(e), M.... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

3/6

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

## EXAMEN CLINIQUE

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

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

### EXAMEN MORPHOSTATIQUE

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

### 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

| PRESSION ARTERIELLE             | Nbre facteurs de risque (hors âge)             | Âge<br><input type="checkbox"/> > à 50 ans | Selon le protocole établi : examens à effectuer<br><u>Joindre</u> : tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et conclusions des autres examens                                       |
|---------------------------------|--|--|--|
| Bras gauche :                   | <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux | -  | <b>Aucun examen cardiaque à effectuer</b>  |
|                                 | <input type="checkbox"/> HTA                   | -  | <b>Une seule fois par carrière</b> : Échographie cardiaque<br>► 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           |
|                                 | <input type="checkbox"/> Diabète               | -  | <b>Une seule fois sur la tranche d'âge</b> : ECG de repos<br>► 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. |
| Bras droit :                    | <input type="checkbox"/> Tabac                 | -  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie        | 0 ou 1                                     | <b>Tous les 5 ans</b> : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiological  |
|                                 | <input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30      | 0 ou 1                                     | <b>Tous les ans</b> : ECG de repos<br><b>Tous les 5 ans</b> : Épreuve d'effort à visée cardiological   |
| <input type="checkbox"/> Autres | -  | 2 ou +                                     | <b>Tous les ans</b> : ECG de repos<br><b>Tous les 5 ans</b> : Épreuve d'effort à visée cardiological (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 :  |
| ŒIL GAUCHE | Sans correction : | Avec correction : | <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles |

## CONCLUSION

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

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage
- présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage  
préciser le motif : .....

Date de l'examen :

Signature et cachet :



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

4/6

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"/>                                     |                                   |                                    |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>1 • ACUITÉ VISUELLE</b>   |                                   |                                    |
|  | Œil droit                         | Œil gauche                         |
| Sans correction  |                                   |                                    |
| Avec correction  |                                   |                                    |
| Correction optique   |                                   |                                    |
| Mode de correction   | <input type="checkbox"/> lunettes | <input type="checkbox"/> lentilles |
| <b>2 • CHAMP VISUEL</b> (celui-ci peut être automatisé)                    |                                   |                                    |
| Œil droit  |                                   |                                    |
| Œil gauche   |                                   |                                    |
| <b>3 • VISION BINOCULAIRE</b>  |                                   |                                    |
| Œil droit  |                                   |                                    |
| Œil gauche   |                                   |                                    |
| <b>4 • MOBILITÉ PUPILLAIRE</b>   |                                   |                                    |
| Œil droit  |                                   |                                    |
| Œil gauche   |                                   |                                    |
| <b>5 • EXAMEN ORGANIQUE DES GLOBES OCULAIRES</b>                           |                                   |                                    |
|  | Œil droit                         | Œil gauche                         |
| Segment  |                                   |                                    |
| Fond d'œil   |                                   |                                    |
| <b>6 • TEST CHROMATIQUE ISHIHARA</b>                                       |                                   |                                    |
| <b>7 • ÉBLOUISSEMENT</b> - Existe-t-il une sensibilité à l'éblouissement ? |                                   |                                    |

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

• - ♦ - •

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- La cécité monulaire 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)

• - ♦ - •

### CONCLUSION

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

- ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage
- présente une contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage  
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<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 RENOUVELLEMENT)

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 inexpliquée ?   | <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"/> |

#### 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<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"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.) | <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.