



**Le DMA et son contenu s'adresse à tout arbitre licencié officiellement nommé "arbitre de district" ou "arbitre de ligue"**  
(y compris les JAF et les candidats JAF)

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

- vous êtes concerné par les pages 6 et 7 du DMA •

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

- vous êtes concerné par les pages 1 à 5 et 7 du DMA •

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

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



- Rappel :** l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue (voir informations complémentaires).

- vous êtes concerné par les pages 1 à 4 du DMA •

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.

➡ Vous avez moins de 18 ans : 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 6 du DMA.

- ➔ **Vous avez 18 ans ou plus :** 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. Puis suivre le cycle dicté par votre tranche d'âge.

**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.

- 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 la 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 DMA

1/7

*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

2/7

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 • palpitations (cœur irrégulier) ..... ☐ oui ☐ non  
• douleur thoracique ..... ☐ oui ☐ non • fatigue/essoufflement inhabituel ..... ☐ oui ☐ non

Avez-vous un(e) ?  
• maladie cardiaque ..... ☐ oui ☐ non • souffle cardiaque ..... ☐ oui ☐ non  
• maladie des vaisseaux ..... ☐ oui ☐ non • trouble du rythme connu ..... ☐ oui ☐ non  
• été opéré du cœur/des vaisseaux ..... ☐ oui ☐ non • hypertension artérielle ..... ☐ oui ☐ non  
• diabète ..... ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas  
• cholestérol élevé ..... ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

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

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? ..... ☐ oui\* ☐ non \* précisez : .....

Date de vaccination contre le tétanos ? .....

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

3/7

Nom : .....

Prénom : .....

Saison : .....

## EXAMEN CLINIQUE

### ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

|                          |  |
|--------------------------|--|
| MÉDICAUX 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

| 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                                  | -                                          | Moins de 18 ans                                                                                                                                          | Aucun examen cardiaque à effectuer                                                                                           |
|                     | <input type="checkbox"/> HTA                                                    | -                                          | de 18 ans à +                                                                                                                                            | Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque (lors du 1 <sup>er</sup> DMA)                                            |
|                     | <input type="checkbox"/> Diabète                                                | -                                          | de 18 à 34 ans inclus                                                                                                                                    | Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos (lors du 1 <sup>er</sup> DMA)                                             |
| Bras droit :        | <input type="checkbox"/> Tabac                                                  | 0 ou 1                                     | de 35 à 50 ans inclus                                                                                                                                    | Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique                                                       |
|                     | <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie                                         |                                            | de 51 ans à +                                                                                                                                            | Tous les ans : ECG de repos<br>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique                                       |
|                     | <input type="checkbox"/> Obésité<br>IMC > 30<br><input type="checkbox"/> Autres | 2 ou +                                     | de 35 ans à +                                                                                                                                            | Tous les ans : ECG de repos<br>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 :<br><input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles |
| ŒIL GAUCHE | Sans correction : | Avec correction : |                                                                                                       |

## 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 :



Nom : .....

Prénom : .....

Saison : .....

## EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

### EXAMEN RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX ARBITRES DE LIGUE

Cet examen, comprenant 5 items, est pratiqué par un médecin ophtalmologue.

Il est **OBLIGATOIRE** :

- la première année de l'arbitrage en ligue
- puis tous les 4 ans : à partir de 35 ans

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

#### 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 en raison de l'aggravation de la sensibilité à l'éblouissement.
- Au vu des résultats transmis, la commission médicale se réserve le droit de demander des examens complémentaires auprès de spécialistes.

#### 1 ● CHAMP VISUEL

|                   |                                                            |                    |
|-------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| Œil droit normal  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non* | * précisez : ..... |
| Œil gauche normal | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non* | * précisez : ..... |

#### 2 ● MOBILITÉ OCULAIRE

|               |                                                            |                    |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| Normale ..... | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non* | * précisez : ..... |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|

#### 3 ● VISION DES COULEURS (au test d'Ishihara)

|               |                                                            |                    |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| Normale ..... | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non* | * précisez : ..... |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|

#### 4 ● SENSIBILITÉ À L'ÉBLOUISSEMENT

|               |                                                            |                    |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|
| Normale ..... | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non* | * précisez : ..... |
|---------------|------------------------------------------------------------|--------------------|

#### 5 ● ACUITÉ VISUELLE

|            | Sans correction | Avec correction | Correction optique | Mode de correction éventuel                                             |
|------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Œil droit  |                 |                 |                    | <input type="checkbox"/> lunettes<br><input type="checkbox"/> lentilles |
| Œil gauche |                 |                 |                    |                                                                         |

## 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 :



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

5/7

## 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 téléchargeable également sur le site de la FFF ou mis à disposition par votre district ou votre ligue

### 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 :

###### Pas de DMA à fournir

Reportez-vous à la page 7 du DMA pour **ATTESTER** avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire ci-dessus. Joindre votre attestation à votre demande de licence.

##### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

###### DMA à fournir (page 1 à 4)

Vous devez **consultez un médecin**. Lui présenter 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. Joindre votre DMA à votre demande de licence.

## 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 téléchargeable également sur le site de la FFF ou mis à disposition par votre district ou votre ligue

### QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUELEMENT)

Ce questionnaire de santé n'est pas un contrôle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il 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.

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 :**

**Pas de DMA à fournir**

Reportez-vous à la page 7 du DMA pour **ATTESTER** avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire ci-dessus. Joindre votre attestation à votre demande de licence.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

**DMA à fournir (page 1 à 4)**

Vous devez **consultez un médecin**. Lui présenter 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.

Joindre votre DMA à votre demande de licence.



# DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

7/7

## AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

EN VUE D'UNE DEMANDE DE LICENCE D'ARBITRE DE :

☐ DISTRICT .....

☐ LIGUE .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire de santé de l'arbitre :

☐ MAJEUR *(en page 5 du DMA)*

☐ MINEUR *(en page 6 du DMA)*

et j'atteste avoir :

☐ Répondu NON à toutes les questions.

*Joindre cette attestation à votre demande de licence.*

☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s).

*Joindre le DMA (page 1 à 4) rempli par votre médecin à votre demande de licence.*

Le :

Signature :