



# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

## NOTICE

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)

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<sup>er</sup> juillet de la saison pour laquelle la demande de licence "arbitre" est effectuée •

### Vous avez moins de 18 ans

- vous êtes concerné par la page 6 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 6 du DMA.

### Vous avez 18 ans et jusqu'à vos 34 ans inclus

- vous êtes concerné par les pages 1 à 5 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 (p.1 à 4)
- Lorsque vous devez répondre au QS-Sport : En fonction de la nature de vos réponses suivre les instructions détaillées en page 5 du DMA

**Rappel :** l'examen ophtalmologique est réservé uniquement aux arbitres de ligue ([voir la rubrique informations complémentaires ci-dessous](#)).

### Vous avez 35 ans et plus

- vous êtes concerné par les pages 1 à 4 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.



## CAS DES ARBITRES STAGIAIRES

- ➔ 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. **Concernant les examens cardiaques à fournir lors de votre 1<sup>er</sup> DMA : reportez-vous à la partie "examen cardiologique" de la page 3.** Puis suivre le cycle dicté par votre tranche d'âge.

## 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 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 : 2023 / 2024**

Demande de licence d'arbitre de

DISTRICT .....

N° Licence : .....

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 diplopie (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 <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

	Nbre facteurs de risque (hors âge)	Âge <input type="checkbox"/> > à 50 ans	Selon le protocole établi : examens à effectuer	
				<b>Joindre</b> : tracé et interprétation (non automatique) de l'ECG et conclusions des autres examens
<b>PRESSION ARTERIELLE</b> ↓	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux	-	Moins de 18 ans	<b>Aucun examen cardiaque à effectuer</b>
	<input type="checkbox"/> HTA	-	de 18 ans à +	<b>Une seule fois par carrière : Échographie cardiaque</b> > 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	-	de 18 à 34 ans inclus	<b>Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos</b> > 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.
	<input type="checkbox"/> Tabac	-	de 18 à 34 ans inclus	<b>Une seule fois sur la tranche d'âge : ECG de repos</b> > 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.
	<input type="checkbox"/> Hyperlipidémie	0 ou 1	de 35 ans à +	<b>Tous les 5 ans : ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique</b>
<input type="checkbox"/> Obésité IMC > 30	2 ou +	de 35 ans à +	<b>Tous les ans : ECG de repos</b> <b>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique</b> (examen a minima -peut être complété)	
<input type="checkbox"/> Autres	2 ou +	de 35 ans à +	<b>Tous les ans : ECG de repos</b> <b>Tous les 5 ans : Épreuve d'effort à visée cardiologique</b> (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 : <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 :