



SUIVI MÉDICAL RÉGLEMENTAIRE DES ARBITRES FÉDÉRAUX ET CANDIDATS

F1, F2, F3, F4, Beach soccer, Féminines FFF, Futsal FFF, AF1, AF2, AF3, candidats (arbitres, féminines, assistant(e)s)

Les JAF ne sont pas concernés par ce dossier médical fédéral, ils doivent présenter un dossier médical de Ligue à leur ligue.

Chaque nouvelle saison, la validation de la licence d'arbitre fédéral est subordonnée à la conformité d'un dossier médical spécifique. Les arbitres de ligue candidats à l'arbitrage en fédération sont tenus de répondre aux mêmes exigences.

LE DOSSIER MÉDICAL :

- Il est **constitué** de fiches d'examen sous forme d'ordonnance dont la fréquence est dictée par la nature des examens et l'âge de l'arbitre.
- Il est **conforme**, lorsque toutes les ordonnances prescrites comportent la mention de "ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE", la date, la signature et le tampon du praticien concerné (à l'exception du bilan biologique dont la lecture est faite par un médecin de la direction médicale).
- Il est **expédié par mail début JANVIER** :
 - à chaque arbitre fédéral (Chacun reçoit le nombre d'examens correspondant à son suivi personnel).
 - aux présidents de CRA pour les candidats (Dossier "type" complet comprenant un questionnaire).
- Il doit être retourné à la direction médicale, au plus tard :
 - le **01 JUIN** pour les arbitres fédéraux
 - le **15 JUILLET** pour les candidats à l'arbitrage en fédération

Lorsqu'il est complet et conforme, la direction médicale confirme par mail sa bonne réception à chaque arbitre fédéral ou candidat et informe leur ligue de la délivrance de l'aptitude. Dans le cas contraire, la direction médicale informe l'arbitre concerné de la non-conformité de son dossier.

RECOMMANDATIONS :

- anticiper la prise de rendez-vous auprès des spécialistes.
- conserver **IMPÉRATIVEMENT** une copie de votre dossier. Aucune copie ne sera fournie ultérieurement.
- pour les candidats (arbitres, féminines, assistants...) : L'original du dossier doit être expédié à la Direction Médicale de la FFF, et une copie de celui-ci à la Commission régionale médicale de votre ligue pour validation de votre licence d'arbitre de ligue.

LES EXAMENS :

La gestion administrative de la fréquence des examens relève de la direction médicale. Toutefois pour information, vous trouverez ci-après un tableau récapitulatif.

Les examens sont identiques pour toutes les catégories d'arbitres fédéraux et pour les candidats. Seul l'âge en modifie la fréquence.

POUR INFORMATION		FRÉQUENCE DES EXAMENS		Informations complémentaires	
❖	examen clinique (examen médical)				
❖	examen dentaire				
❖	examen cardiologique avec ECG de repos (1)		1 fois par an	→	(1) L'examen cardiologique avec ECG de repos annuel (non accompagné d'une épreuve d'effort ou d'une échographie) peut être pratiqué par votre médecin traitant si celui-ci est équipé du matériel.
❖	épreuve d'effort maximale en complément de l'examen (1)		1 fois tous les 5 ans *	→	* Attention modification de la fréquence en fonction de l'âge : si au 1 ^{er} juillet de la nouvelle saison votre âge est = ou > à 35 ans leur fréquence devient annuelle
❖	examen biologique				
❖	examen ophtalmologique		1 fois tous les 5 ans		
❖	échocardiographie cardiaque			→	L'échographie doit avoir été réalisée après l'âge de 18 ans
❖	questionnaire médical		1 fois par carrière	→	Le questionnaire est destiné aux candidats et candidats assistants

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Gestion administrative : **Sabrina RAI**
01.44.31.74.21
srai@fff.fr

Adresse d'expédition : FEDERATION FRANÇAISE DE FOOTBALL
Dr Emmanuel ORHANT - Directeur Médical
87 bd de Grenelle
75738 Paris cedex 15



Madame, Monsieur,

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), la FFF procède à une mise en conformité, visant à assurer le respect de cette nouvelle réglementation.
À ce titre, merci de nous retourner ce document dûment rempli qui sera valable pour toute votre carrière fédérale.

DOSSIER MÉDICAL DES ARBITRES FÉDÉRAUX

- ● -

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES

IMPORTANT

Sans votre consentement signé, la commission médicale de la FFF ne pourra faire lecture de votre dossier médical pour établir votre aptitude

Je soussigné(e),consens expressément, et pour toute la période où j'exercerai en tant qu'arbitre au niveau fédéral, à ce que mes données personnelles y compris mes données de santé figurant sur l'ensemble du DMAF fassent l'objet d'un traitement par la commission médicale de la FFF 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 fédérale, qui les conserve dès l'enregistrement du dossier, et ce durant toute l'activité de l'arbitre au niveau fédéral, puis les détruit dans l'année qui suit la cessation totale de ladite activité ou la redescente définitive en ligue.

Aucune restitution de données médicales n'aura lieu :

En conséquence, l'arbitre est invité à faire systématiquement une copie de ses dossiers et examens s'il souhaite en conserver l'historique et tout particulièrement s'il continue sa carrière en ligue.

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 de la FFF (aux 87 bd de Grenelle 75015 Paris) qui a en charge l'instruction de son dossier.

Date :

SIGNATURE (OBLIGATOIRE) :



CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LE TRAITEMENT INFORMATISÉ DE SES DONNÉES DE SANTÉ



Traitement mis en œuvre par la Fédération Française de Football

La FFF fournit une licence d'utilisation du logiciel Askamon™ aux professionnels de santé intervenant dans le cadre du suivi médical des joueurs de football.

PARTIE À REMPLIR PAR LE JOUEUR*

Je soussigné(e), ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Nationalité : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Club : _____

* Toutes les mentions ci-dessus sont obligatoires

JE CONSENS EXPRESSEMENT A CE QUE MES DONNEES PERSONNELLES Y COMPRIS MES DONNEES DE SANTE SOIENT TRAITEES INFORMATIQUEMENT AU MOYEN DU LOGICIEL ASKAMON™, AFIN DE FAVORISER UNE MEILLEURE PREVENTION MEDICALE, D'ASSURER UNE MEILLEURE COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX FOOTBALLEURS PROFESSIONNELS ET DE PERMETTRE UN RECUEIL STATISTIQUE INDIVIDUALISE ET DES ETUDES SCIENTIFIQUES EPIDEMIOLOGIQUES. JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE LA NOTICE D'INFORMATION CI-DESSOUS ET QUE LESDITES DONNEES SOIENT PARTAGEES ENTRE LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE EN CHARGE DE MON SUIVI MEDICAL POUR LES FINALITES PRECITEES.

CONFORMEMENT A LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 ET AU REGLEMENT 2016/679 DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL DU 26 AVRIL 2016 (RGPD), JE DISPOSE DE DROITS CI-DESSOUS RAPPELES.

POUR LE JOUEUR MINEUR*

PARTIE À REMPLIR PAR SON REPRÉSENTANT LÉgal :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

En tant que :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (précisez) _____

Adresse : _____

Ville et CP : _____

CONSENTEMENT DU PATIENT ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA COLLECTE ET DU TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES ET MÉDICALES PATIENT

Le logiciel ASKAMON a été conçu et développé afin de permettre à tout professionnel de santé, titulaire d'une licence d'utilisation, de recueillir les données à caractère personnel, y compris des données concernant la santé de ses patients sur un serveur informatique, accessible à distance via le réseau Internet, et ce, dans le but de concourir à la prévention médicale en améliorant la coordination des soins, la prévention des risques et le suivi médical. C'est dans cet objectif de prévention des risques que la Fédération Française de Football a souhaité fournir une licence d'utilisation aux professionnels de santé intervenant dans le cadre de votre suivi médical en tant que joueur de football.

I. RESPONSABLE DU TRAITEMENT

Le traitement de vos données personnelles, y compris de santé, est mis en œuvre par la Fédération Française de Football, association loi 1901, ayant son siège au 87 bd de Grenelle 75738 Paris cedex 15.

II. MODALITÉ DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES

Vos données personnelles sont collectées et accessibles uniquement par les professionnels de santé en charge de votre suivi médical au sein de la FFF et de ses infrastructures (médecins de votre sélection, médecin fédéral national, direction médicale).

Vos données ne sont transmises à la FFF que sous forme anonymisées (aucune donnée ne doit permettre votre réidentification directe ou indirecte) c'est à dire sous la forme de données agrégées et de statistiques.

Les technologies les plus performantes actuellement en matière de sécurité informatique sont mises en œuvre par l'éditeur du logiciel ASKAMON™ (ci-après renseigné IV. Destinataires) pour assurer la protection de vos données. L'accès à vos données n'est possible que sur authentification (composés d'un login et d'un mot de passe) et selon habilitation du professionnel de santé, afin de garantir la sécurité de l'accès aux données. Par ailleurs, vos données sont hébergées auprès d'un hébergeur disposant de la certification d'hébergeur de données de santé (HDS) conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du code de la santé publique (cf. liste des HDS certifiés : <https://esante.gouv.fr/labels-certifications/hds/liste-des-herbergeurs-agrees>).

III. FINALITÉ ET BASE JURIDIQUE DU TRAITEMENT DES DONNÉES

Le traitement de vos données au travers du Logiciel ASKAMON™ a pour objectif de :

- permettre, par la mise en place d'un dossier médical partagé adapté à la mobilité des sportifs, un échange sécurisé d'informations médicales entre les professionnels de santé qui les prennent en charge afin, d'une part, de favoriser une meilleure prévention médicale et d'autre part, d'assurer la coordination des soins dispensés à ces sportifs ;
- établir des statistiques à partir des données préalablement anonymisées afin de produire des indicateurs d'activité.

Le traitement de vos données est mis en œuvre sur la base de votre consentement ou celui de votre représentant légal si vous avez moins de 15 ans. En signant le présent formulaire, vous acceptez en tant que patient (ou votre représentant légal si vous avez moins de 15 ans) accepte expressément que vos données personnelles, y compris vos données de santé soient conservées et traitées informatiquement, dans les conditions fixées dans la présente notice d'information.

IV. DESTINATAIRES DES DONNÉES

Les professionnels de santé, le Responsable du Traitement, l'Hébergeur et IMSPro, s'interdisent formellement de divulguer ou de céder à quelque titre que ce soit, et sous quelque forme que ce soit, toute donnée personnelle et/ou donnée de santé vous concernant, qui serait recueillie au travers du logiciel ASKAMON™. Les seuls destinataires de vos données sont suivants :

- le médecin de votre sélection, le médecin fédéral national, la direction médicale de la FFF ;
- tout autre professionnel de santé pour lequel vous avez autorisé la transmission des données par un membre de l'Équipe de soin ;
- la Société International Medical Sport Provider (Société Anonyme Monégasque au capital de 327.500 Euros, immatriculée au Répertoire du Commerce et de l'Industrie de Monaco sous le numéro 07 S 04638, dont le siège social est situé 9 allée Lazare Sauvaigo 98000 Monaco, « IMSPro ») en charge de l'édition et de la maintenance du logiciel. IMSPro n'aura pas accès aux données en clair, en effet, celles-ci sont cryptées lors des actions de maintenance que pourraient réaliser IMSPro ;
- la Société CLARANET, (Société Anonyme de droit français au capital de 773.712 Euros, dont le siège social est situé au 12-16 Rue Ballu 75009 Paris, Immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro B 353 068 05900016) en charge de l'hébergement de la solution et des données et disposant de la certification HDS. Dans le cadre de cet accès, l'hébergeur n'aura pas accès aux données en clair mais uniquement à des données cryptées, en effet, seul le médecin de l'hébergeur peut dans certains cas avoir accès aux données de santé hébergées.

V. DURÉE DE CONSERVATION DES DONNÉES

La durée de conservation des données est la durée de prise en charge du sportif par la FFF puis archivage pour la durée de prescription légale applicable. Vous avez la possibilité de demander copie de votre dossier avant toute destruction de vos données en raison de la fin de la durée d'archivage.

VI. VOS DROITS SUR LES DONNÉES VOUS CONCERNANT

Conformément au Règlement 2016/679/UE et aux dispositions légales applicables, vous disposez de droits sur les données vous concernant : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit de retirer tout consentement donné, droit de portabilité et le droit à la limitation du traitement. Vous pouvez également exercer un recours auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) directement sur son site Internet : cnil.fr

Par ailleurs, vous disposez sur vos données de santé des droits suivants en application des dispositions du Code de la santé publique :

- Droit à la copie de votre dossier médical : vous avez le droit en tant que patient d'obtenir auprès du médecin de la FFF une copie de votre dossier médical, en ce y compris les données qui seraient collectées au travers du logiciel ASKAMON™ ;
- Droit de vous opposer à ce qu'un ou plusieurs membres de l'Équipe de soin ait(aient) accès à vos données de santé ;

Vous pouvez exercer ces droits directement auprès du médecin de la FFF ou du médecin de la société CLARANET (Hébergeur).

À condition préalablement justifier de votre identité, il sera fait droit à votre demande dans un délai de huit jours. Ce délai sera porté à trente jours s'agissant des données datant de plus de cinq ans.

Dans l'hypothèse où vous décideriez de supprimer tout ou partie des données personnelles et / ou des données de santé le concernant, ou de retirer votre consentement ou de vous opposer à l'accès à ces données à un ou plusieurs membre de l'Équipe de soin, une copie papier de votre dossier sera transmise au(x) professionnel(s) de santé ayant recueilli vos données de santé dans le respect des dispositions du code de la santé publique et des obligations des professionnels de santé en matière de conservation du dossier médical de leur patient. A réception du dossier par le(s) professionnel(s) de santé, vos données informatisées seront définitivement supprimées du logiciel ASKAMON™.

Vous pouvez également prendre connaissance de l'ensemble des informations relatives au traitement informatisé de vos données personnelles en ce y compris vos données de santé, recueillies au moyen du Logiciel ASKAMON™, sur le Site Internet d'IMSPro accessible à l'adresse : www.askamon.com

VII. RESPONSABILITÉS

L'Hébergeur et IMSPro ne font qu'assurer respectivement l'Hébergement des données à caractère personnel y compris les données de santé des patients et l'édition du Logiciel ASKAMON, et n'interviennent en aucun cas dans la relation médicale instaurée entre ces derniers et les différents professionnels de santé.

À ce titre, le professionnel de santé demeure seul responsable des actes médicaux pour lequel il est consulté par vous (le patient). En aucun cas, la FFF, l'Hébergeur, ou IMSPro ne pourront être tenus pour responsables des actes prodigués par le(s) professionnel(s), dans l'exercice de ses fonctions. De même, ils ne pourront être tenus pour responsable de toute autre utilisation qui serait faite par les professionnels de santé dans le cadre de la constitution par exemple d'un dossier médical vous concernant.

VIII. TRANSFERT DES DONNÉES HORS UE

Vos données sont susceptibles d'être transférées (sous forme cryptées) hors UE dans le cadre de la mise en œuvre de ce traitement notamment en raison de la localisation de l'éditeur IMSPro à Monaco. A ce titre, l'éditeur IMSPro et la FFF ont signé des clauses contractuelles types publiées par la Commission européenne afin d'encadrer ce transfert de données hors UE conformément aux dispositions du RGPD.

Fait à : _____ Le : ____/____/20 ____

Les conditions sont lues et approuvées

Signature du joueur (même mineur) :

Signature du représentant légal
si le joueur est mineur :



CANDIDATURE ARBITRE FÉDÉRAL

DOSSIER MÉDICAL - SAISON : 20...../20.....

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Sport(s) pratiqué(s) :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Soumis au secret professionnel. À remplir lors de la première année d'arbitrage en fédération et remis dès réception au médecin en charge du suivi médical des arbitres.

☐ non	☐ oui*	Avez-vous ?	
☐ non	☐ oui*	- été hospitalisé(e) ?	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- été opéré(e) ?	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- interrompu votre activité d'arbitre durant la dernière saison (pour raisons médicales) ?	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- des allergies (rhume des foins, asthme, peau, médicament...)	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- des troubles de la vue	* précisez la correction (lunettes, lentilles) :
☐ non	☐ oui	- des troubles de l'audition	
☐ non	☐ oui	- des troubles de l'équilibre	
☐ non	☐ oui*	- des problèmes dentaires	* précisez :
☐ non	☐ oui	- des troubles psychiques/nerveux (dépression, excitabilité, tremblements, crise de nerfs...)	
☐ non	☐ oui	- des maladies ORL répétitives (angines, sinusites, otites, ...)	
Avez-vous connaissance dans votre famille (et survenue avant l'âge de 50 ans) d'une ?			
☐ non	☐ oui*	- pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire	* précisez l'âge :
☐ non	☐ oui*	- mort subite durant le sport ou non, y compris celle du nourrisson	* précisez l'âge :
Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?			
☐ non	☐ oui	- une fatigue / un essoufflement inhabituel	
☐ non	☐ oui	- un malaise / perte de connaissance	
☐ non	☐ oui*	- des palpitations (cœur irrégulier) / une douleur thoracique	* précisez :
Avez-vous ?			
☐ non	☐ oui*	- un trouble du rythme connu / un souffle cardiaque / une maladie cardiaque	
☐ non	☐ oui*	* précisez :	
☐ non	☐ oui*	- une maladie des vaisseaux / des troubles de la coagulation sanguine	* précisez :
☐ non	☐ oui	- été opéré du cœur, des vaisseaux	
☐ non	☐ oui*	- un diabète / un cholestérol élevé / une hypertension artérielle	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- eu une infection sérieuse (dans le mois précédent)	* précisez :
☐ non	☐ oui*	Prenez-vous un traitement régulier (médicaments, sprays...)?	* précisez :
☐ non	☐ oui*	Avez-vous pris, par le passé, des médicaments régulièrement ?	* précisez :
Avez-vous ?			
☐ non	☐ oui*	- des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- eu des problèmes de rachis mal de dos, lombalgie, problèmes de vertèbres...	* précisez :
☐ non	☐ oui*	- fait un bilan radiologique vertébral	* précisez si anomalie(s) :
Avez-vous déjà eu une où ?			
☐ non	☐ oui*	- des luxations articulaires	* précisez le lieu et quand :
☐ non	☐ oui*	- des fractures	* précisez le lieu et quand :
☐ non	☐ oui	- des ruptures tendineuses	* précisez le lieu et quand :
☐ non	☐ oui	- des tendinites chroniques	* précisez le lieu et quand :
☐ non	☐ oui*	- des lésions musculaires	* précisez le lieu et quand :
☐ non	☐ oui*	- des entorses graves	* précisez le lieu et quand :
☐ non*	☐ oui*	Êtes-vous EN RETARD dans votre vaccination tétanos-polio ?	* date dernière vaccination :
☐ non	☐ oui*	Fumez-vous ?	* nombre par jour ? ... depuis quand ?
☐ non	☐ oui*	Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ?	* précisez :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES

.....ANS	À quel âge avez-vous été réglée ?	
☐ non	☐ oui	Limitez-vous votre consommation de produits laitiers ?
☐ non	☐ oui	Suivez-vous un régime alimentaire ?
Avez-vous ?		
☐ non	☐ oui	- un cycle irrégulier ?
☐ non	☐ oui	- des périodes d'aménorrhée ?
☐ non	☐ oui*	- eu une ou plusieurs grossesses ?
☐ non	☐ oui*	- une affection endocrinienne ?
☐ non	☐ oui	- déjà eu des fractures de fatigue ?
☐ non	☐ oui	- des cas d'ostéoporose dans votre famille ?
☐ non	☐ oui	- un traitement hormonal ?
☐ non	☐ oui	- une contraception orale ?

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

DATE :

SIGNATURE (OBLIGATOIRE) :



Cher Confrère,

En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose plusieurs examens dont la réalisation d'un examen clinique de dépistage.

Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.

Merci de lui remettre ce feuillet comprenant votre conclusion à l'issue de votre examen.

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Emmanuel Orhant
Directeur Médical

EXAMEN CLINIQUE

SAISON : 20.....-20.....

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

TAILLE	POIDS	IMC (poids / taille ²)

VACCINATION ANTITÉTANIQUE - date dernier rappel :

ANTÉCÉDENTS :
FAMILIAUX :

ANTÉCÉDENTS :
PERSONNELS :

TRAITEMENT :
EN COURS :

EXAMEN :
CLINIQUE :

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

Je soussigné(e) Docteurcertifie que l'examen clinique de ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M.

- ☐ **Présente, à ce jour, une absence de contre-indication clinique à la pratique de l'arbitrage.**
☐ **Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan clinique.**

DATE DE L'EXAMEN :

SIGNATURE :

CACHET :



CONFIDENTIEL

Cher Confrère,

En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose annuellement un examen clinique dentaire de dépistage.

Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.

Merci de lui remettre ce feuillet comprenant votre conclusion à l'issue de votre examen.

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Emmanuel Orhant
Direction Médical

EXAMEN DENTAIRE

SAISON : 20.....-20.....

Nom : Prénom :

Date de naissance :

COMPTE-RENDU :
.....
.....
.....

SOIN(S) À EFFECTUER :
.....
.....
.....

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

Je soussigné(e) Docteur certifie que l'examen dentaire de ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M.

- ☐ Présente, à ce jour, une absence de contre-indication dentaire à la pratique de l'arbitrage.
☐ Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan dentaire.

DATE DE L'EXAMEN :

SIGNATURE :

CACHET :



CONFIDENTIEL

Cher Confrère,

En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose annuellement la réalisation d'un bilan clinique cardiovasculaire comprenant un **ECG de repos**. Toutefois pour l'arbitre qui se présente à vous, cet examen doit être complété cette année par une **épreuve d'effort maximale** et une **échographie cardiaque**.

Ces examens ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.

Merci de lui remettre ce feuillet comportant votre conclusion à l'issue de votre examen.

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Emmanuel Orhant
Directeur Médical

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

SAISON : 20.....-20.....

Nom : Prénom :

Date de naissance :

SIGNES FONCTIONNELS :

FACTEURS DE RISQUE :

TENSION ARTÉRIELLE : FRÉQUENCE CARDIAQUE :

E.C.G INTERPRÉTATION :
(interp. automatique non valable).....
(Pour information, cet examen est annuel)

EPREUVE D'EFFORT MAX. : **Merci de joindre le compte-rendu complet.**
(Pour information, cet examen a lieu tous les 5 ans et devient annuel dès l'âge de 35 ans)

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE : **Merci de joindre le compte-rendu complet.**
(Pour information, cet examen est demandé une seule fois par carrière, s'il a déjà été réalisé après l'âge de 15 ans)

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

Je soussigné(e) Docteur certifie que l'examen
cardiologique de ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M.

- ☐ **Présente, à ce jour, une absence de contre-indication cardiologique à la pratique de l'arbitrage.**
☐ **Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan cardiologique.**

DATE DE L'EXAMEN :

SIGNATURE :

CACHET :



Cher confrère,

En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose la réalisation d'un examen ophtalmologique selon la fréquence suivante : un bilan "initial" à l'arrivée au niveau fédéral puis un bilan de "renouvellement" tous les 5 ans.

Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.

Merci de lui remettre ce feuillet comprenant votre conclusion à l'issue de votre examen et nous attirons votre attention sur la liste des contre-indications à la pratique de l'arbitrage au sein de notre fédération mentionnée plus bas.

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Emmanuel Orhant
Directeur Médical

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE – Bilan initial

SAISON : 20.....-20.....

Nom : Prénom :

Date de naissance :

BILAN INITIAL		ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
ACUITÉ VISUELLE	sans correction		
	avec correction		
	puissance correctrice		
	mode de correction		
CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé)			
VISION BINOCULAIRE			
MOBILITÉ PUPILLAIRE			
GLOBES OCULAIRES : EXAMEN ORGANIQUE	segment antérieur		
	fond d'œil		
TEST CHROMATIQUE (ISHIHARA)			
RÉSISTANCE À L'ÉBLOUISSEMENT		Existe- t-il une gêne à l'éblouissement ? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, votre conclusion après réalisation d'un test à l'éblouissement :	

Contre-indications à la pratique de l'arbitrage : • acuité visuelle binoculaire corrigée < à 7/10^{ème} • kératocône évolutif
• cécité unilatérale • diplopie • nystagmus • chirurgie réfractive (< à 3 mois)

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

Je soussigné(e) Docteur certifie que l'examen ophtalmologique de ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M.

- ☐ 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.

DATE DE L'EXAMEN :

SIGNATURE :

CACHET :



Cher Confrère,

En matière de suivi médical des arbitres fédéraux, la réglementation de la Fédération Française de Football impose plusieurs examens dont la réalisation d'un examen biologique à faire à jeun et dont vous trouverez le détail ci-dessous.

Cet examen ne relevant pas d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, vos honoraires sont à régler par le patient.

Merci de remettre les résultats de l'examen demandé à l'arbitre à l'issue de votre analyse.

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Emmanuel Orhant
Directeur Médical

EXAMEN BIOLOGIQUE

SAISON : 20.....-20.....

✓	NFS PLQ
✓	Bilan Lipidique (Cholestérol total Cholestérol LDL / HDL Triglycérides)
✓	Glycémie à jeun
✓	Créatininémie, Clearance de la créatine