

## 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 RENOUVELLEMENT)

**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 <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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 ? <i>(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.)</i>	<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 : .....

Je soussigné(e), Nom Prénom (représentant légal).....

certifie avoir pris connaissance du questionnaire de santé de l'Arbitre mineur et atteste avoir :

Répondu NON à toutes les questions.

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s).

**Joindre certificat médical d'aptitude à la pratique du sport en compétition**

Le :

Signature représentant légal: