

**Commission d’Arbitrage**

**Fiche d’engagement d’Arbitre Saison: 2015/2016 PHOTO**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Situation familiale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Niveau d’instruction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fonction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employeur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse de l’employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tél / Fax (Domicile) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mob :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro de Compte Courant Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personne à contacter en cas de nécessité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Appartenez-vous à un club? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Club (s) éventuellement à éviter et les raisons : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date d’entrée à l’arbitrage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etes-vous disponible en semaine ? Oui Non**

**Je Soussigné, certifié l’exactitude des renseignements fournis ci-dessus, m’engage à répondre à toute désignation de la C.A.W (sauf cas force majeur), à me conformer aux directives techniques de la L.F.W. T.O, à respecter les principes de déontologie définis par les Règlements généraux de la F.A.F et les Règlements de l’Arbitre et de l’Arbitrage dans le cadre de l’exercice de ma fonction et à dénoncer toute forme portant atteinte à la morale sportive.**

**Pièces à Produire : - Dossier médical (voir fiche annexée)**

* **01 Photo d’identité et 01 Photo à scanner**
* **01 Copie de la C.N.I légalisée**

 **- Carte de Groupage (Photocopie)**

 **Fait à Chlef, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **L’intéressé**

****

Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groupe Sanguin

Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Examens Subis :**

|  |
| --- |
| **MEDECINE GENERALE (Examen Clinique**) |
|  | **Cachet du Médecin****Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **OPHTALMOLOGIE (Acuité Visuelle**) |
|  | **Cachet du Médecin****Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G)** |
|  | **Cachet du Médecin****Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Toute demande d’engagement ne signifie pas que l’arbitre est retenu conformément au Règlement de l’arbitre et de l’arbitrage.**

****

PHOTO A

SCANNER

NOM………………………………………………………………………

PRENOM………………………………………………………………

GRADE…………………………………………………………………

DATE ET LIEU DE NAISSANCE………………………………………………………………………………

SITUATION FAMILIALE………………………………………………………………………………………

ADRESSE………………………………………………………………………………………………………

TEL…………………………… EMAIL……………………………

NIVEAU D’INSTRUCTION……………………………………………………………………………

FONCTION………………………………………EMPLOYEUR………………………

GROUPE SANGUIN………………………………………………………………………………………

DATE D’ENTREE A L’ARBITRAGE…………………………………………………………………………

LIGUE D’APPARTENANCE………………………………………………………………………………

ETRE LIBRE JOUR DE SEMAINE………………………………………………………………………

 DATE DE PASSGE DE GRADE

GRADE D’ARBITRE WILAYA…………………………………………….

GRADE D’ARBITRE REGIONALE…………………………………………….

GRADE D’ARBITRE INTER LIGUE………………………………………….

GRADE D’ARBITRE FEDERAL…………………………………………….

Je soussigné, certifié l’exactitude des renseignements fournis ci-dessus

 Fait à …………………………Le ………………….