**الاتحـــــادية الجــزائرية لكــرة القـــدم**

**الرابطة الولاية لكــرة القــدم البويــرة**

**LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \* BOUIRA\***

**(Site : lwfbouira.org.dz –liguebouira19@gmail.com)**

**Tél/Fax : 026.73.86.55/58**

**FICHE D’ENGAGEMENT – ARBITRE**

**2023-2024**

**Nom : ……………………………….**

**Prénom : ……………………………**

**Grade :** Wilaya Promotion **: 2024**

**Qualité :** Choisissez un élément.

**Date et lieu de Naissance :**

**Situation familiale :** Choisissez un élément.

**Adresse : Localité :** Choisissez un élément.

**Tél :   
E-mail :   
Niveau d'instruction : ………………………………………….…………………….**

**Fonction : ………………………………… Employeur : …………………………………….**

**N° de compte « RIP (20 chiffre) » :**

**Taille :** Choisissez un élément.

**Groupe Sanguin :**

Êtes-vous libre la semaine ? : Choisissez un élément.

Personne à contacter en cas de nécessité : ……………………....……

**Son N° de Tél.  :**

|  |
| --- |
| **Je soussigne avoir remplie cette fiche d’engagement pour la saison 2022 / 2023**   * **Cette fiche doit être remplie en  Word    et enregistrer sous le nom et prénom de l'arbitre** * **Toutes réclamations ou doléance doit être envoyé   par e-mail** * **La photo est obligatoire sur la fiche** * **Toute fiche qui n'est pas dûment remplie et envoyé dans les délais impartis, le contrevenant se verra écarté de toutes désignations** * **Un arbitre moins de 18 ans doit avoir une autorisation paternelle** |

**Club a éviter : -------------------------**

**Remarque à motionner : ………………………………………………………………………………...……………..**

Envoyé la fiche sur l’adresse **E-mail :** [**liguebouira19@gmail.com**](mailto:liguebouira19@gmail.com)



**الاتحـــــادية الجــزائرية لكــرة القـــدم**

**الرابطة الولاية لكــرة القــدم البويــرة**

**LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \* BOUIRA\***

**(Site : lwfbouira.org.dz –liguebouira19@gmail.com)**

**Tél/Fax : 026.73.86.55/58**

**DOSSIER MÉDICAL – ARBITRE**

**SAISON SPORTIVE 2023-2024**

Nom : ……………………………. Prénom : …………………………………………

Date et lieu de naissance : ……………………… à ……………………………………

Groupe sanguin : ……….……… ………….. Rh : ……………………........

**Examens subis**

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECINE GÉNÉRALE (EXAMEN CLINIQUE)** | |
|  | Cachet du médecin  Date : ……………………………… |
| **OPHTALMOLOGIE (ACUITE VISUELLE)** | |
|  | Cachet du médecin  Date : ……………………………… |
| **ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G)** | |
|  | Cachet du médecin  Date : ……………………………… |
| Avis du Président de Ligue | Avis du Président de la Commission d’Arbitrage |