



CERTIFICAT MÉDICAL SPÉCIFIQUE JUGE ARBITRES DÈS 55 ANS

SAISON 2018/2019

Je soussigné, Dr :

Certifie que : Mme / M.

Né(e) le :

De la ligue de :

Niveau :

☐ Départemental T3

Régional (précisez):

☐ T1 ☐ T2

A effectué un examen clinique selon les règles proposées par la Société Française de Médecine du Sport avec recherche de facteurs de risque cardio-vasculaire et mesures anthropométriques.

A réalisé les examens ANNUELS complémentaires suivants :
indiquer la date des examens réalisés afin de les valider pour la saison en cours :

ECG de repos fait le : __ / __ / __

Bilan biologique urinaire par bandelette réactive fait le : __ / __ / __

A éventuellement, en fonction des recommandations particulières précisées sur le document « Recommandations de la Commission Médicale Nationale » remis en annexe, réalisé les examens complémentaires suivants :

Bilan biologique sanguin (voir recommandations) fait le : __ / __ / __

Epreuve d'effort à visée cardiologique (ECG d'effort) faite le : __ / __ / __

A cocher au choix :

- ☐ et ne présente aucune contre-indication à l'arbitrage en compétition
- ☐ et présente une contre-indication temporaire * jusqu'au __ / __ / __
- ☐ et présente une contre-indication définitive *
- ☐ et demande l'avis de la Commission Médicale Nationale *

*Documents à transmettre à l'attention du Médecin Fédéral National, accompagné d'un courrier confidentiel motivant la demande d'avis et des résultats nécessitant une expertise.

Fait le __ / __ / __ **à**

Signature et tampon du médecin :