FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL SPÉCIFIQUE ARBITRES DÈS 55 ANS

SAISON 2017/2018

Je soussigné, Dr : .....

Certifie que : Mme / M. .....

Né(e) le : .....

De la ligue de : .....

Niveau :

☐ Départemental :

Régional (précisez):

☐ R1 ☐ R2

☐ R3 ☐ R4

National (précisez) :

☐ G1 ☐ G2

☐ G3 ☐ G4

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 :

Ce certificat médical est à envoyer EN ORIGINAL ou en SCAN lisible au Service Médical de la Fédération Française de Handball :
FFHB - Service médical - 16 av Raspail – 94250 Gentilly ou n.guillou@ffhandball.net
Les examens médicaux ne sont à envoyer qu'en cas de contre-indication et/ou de demande d'avis de la Commission Médicale Nationale.