



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL SPÉCIFIQUE JUGE ARBITRES DÈS 55 ANS

SAISON 2020-2021

Je soussigné, Dr :

Certifie que : Mme / M.

Né(e) le :

De la ligue de :

Niveau :

Territorial (précisez):

T1 T2 T3

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 : __ / __ / __

Bandelette réactive fait le : __ / __ / __

Bilan biologique sanguin (spécifique 2020 COVID) fait le : __ / __ / __
(Celui-ci sera précisé ultérieurement avec les indications à date des instances)

Sur indication du médecin au regard des facteurs de risques cardiologiques :

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 Secrétariat de la Ligue d'appartenance à l'attention du Médecin de Ligue.
Les examens médicaux ne sont à envoyer qu'en cas de contre-indication et/ou de demande d'avis de la Commission Médicale Nationale.**