

**CERTIFICAT MÉDICAL SPÉCIFIQUE JUGE-ARBITRE**

**Saison 2017 / 2018**

Je soussigné, Dr .....

Certifie que : Mme / Mr .....

Né(e) le .....

De la ligue de : .....

Arbitre G1

Arbitre G3

Arbitre G2

Arbitre G4

**A effectué un examen clinique selon les règles proposés par la Société Française de Médecine du Sport avec recherche de facteurs de risque cardiovasculaire et a réalisé les examens complémentaires suivants** (périodicité des examens définie dans le document joint conformément aux articles 29 à 31 du règlement médical de la FFHB) **indiquer la date des examens réalisés afin de les valider pour la saison en cours :**

ECG de repos fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Bilan biologique sanguin fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Examen urinaire par bandelette fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Epreuve d'effort à visée cardiologique (ECG d'effort) fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_

Echocardiographie fait 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 un contre-indication définitive à l'arbitrage en compétition
- et demande l'avis de la Commission Médicale Nationale \*

\*Documents à transmettre à l'attention du Médecin Fédéral National, accompagné d'un courrier 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.quillou@ffhandball.net](mailto:n.quillou@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.**