

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

Les examens médicaux ne sont à envoyer qu'en cas de contre-indication et/ou de demande d'avis de la Commission Médicale Nationale.