

CERTIFICAT MEDICAL SPECIFIQUE ARBITRES

Saison 2015 / 2016

Je soussigné, Dr.....,

certifie que : Mme / Mr

Né(e) le : ___ / ___ / ___ âgé de ___ ans

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 indiquer la date des examens réalisés afin de les valider pour la saison en cours :

ECG de repos fait le : ___ / ___ / ___

Examen urinaire par bandelette fait le : ___ / ___ / ___

Bilan biologique sanguin (*facultatif*)* fait le : ___ / ___ / ___

Epreuve d'effort à visée cardiologique (ECG d'effort) (*facultatif*)* fait le : ___ / ___ / ___

A cocher au choix :

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

Fait le ___ / ___ / ___ à

Signature et tampon du médecin :

* examen à réaliser en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire.

** 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.