

FEDERATION FRANCAISE DE BASKET-BALL
Dossier médical d'aptitude pour les arbitres de plus de 35 ans
Départemental – Régional - National
Saison 2009/2010

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Club : N° licence :

Antécédents

Médicaux _____

Chirurgicaux _____

Traumatiques _____

Traitements en cours _____

Vaccination antitétanique à jour

oui	non
-----	-----

Examen clinique somatique général :

✂ _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

Taille :

Poids :

IMC :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels :

Facteurs de risques et cardio-vasculaire :

- Tabac
- Dyslipidémie
- Diabète

Pression artérielle de repos :

Max :

Min :

Auscultation cardio-respiratoire :

ECG OBLIGATOIRE :

Autre (s) examen(s) cardio-vasculaire(s) éventuellement réalisés : nature –résultat :

CONCLUSION

M. Mme

Ne présente pas de contre indication à l'exercice de la fonction d'arbitre de Basket-Ball (compétitions officielles Département – Région- National)

Date

Nom, signature et cachet du médecin examinateur

Avis de la Commission médicale régionale

Favorable

Défavorable

Date

Signature

✂ _____

A RETOURNER A L'ARBITRE : M_-----

La Commission médicale régionale a donné un avis.

Favorable

Défavorable

Pour votre aptitude médicale à arbitrer.

Fait à

Le

Signature

Cachet du Médecin Régional