



CERTIFICAT MÉDICAL SPÉCIFIQUE JUGE-ARBITRE TERRITORIAL

de plus de 55 ans

Saison 2022 / 2023

Je soussigné, Dr

Certifie que : Mme / Mr

Né(e) le

De la ligue de :

A un examen clinique selon les règles proposées par la Société Française de Médecine du Sport avec recherche de facteurs de risque cardiovasculaire, recherche des signes aigus ou secondaires d'une atteinte COVID 19, 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 : __ / __ / __

Bilan biologique sanguin fait le : __ / __ / __

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

Epreuve d'effort faite à partir de 50 ans faite le : __ / __ / __

Si facteurs de risques cardiologiques :

Nouvelle épreuve d'effort cette année faite le : __ / __ / __

Echographie cardiaque cette année 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 un contre-indication définitive à l'arbitrage en compétition
- et demande l'avis du Médecin Territorial de la FFHB

Fait le __ / __ / __ à

Signature et tampon du médecin :

