

FEDERATION FRANCAISE DE BASKET-BALL
Dossier médical d'aptitude pour les arbitres de plus de 35 ans
Départemental – Régional - National
Saison 2010/2011

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Club : N° licence :

Antécédents médicaux et allergiques _____

Chirurgicaux _____

Traumatiques _____

Hospitalisations _____

Antécédents familiaux de mort subite * (âge et degré de parenté) : _____

Tabac * : _____ Hypertension * _____ Hypercholesterolemie* _____ Diabète* _____
(Répondre par oui ou non)

Traitements en cours _____

Vaccination antitétanique date du dernier rappel : __/__/__

**J'ATTESTE PAR MA SIGNATURE L'EXACTITUDE DES REponses APORTEES
A CE QUESTIONNAIRE.**

NOM ET PRENOM :

FAIT A :LE.....

SIGNATURE

✂ _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

Taille :

Poids :

IMC :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels et FDR

Examen de la vision :

	Avant correction	Après correction	Type de correction
Œil droit			
Œil gauche			

Pression artérielle de repos :

Max :

Min :

Auscultation cardio-respiratoire :

ECG OBLIGATOIRE :

Autre (s) examen(s) éventuellement réalisés* : nature –résultat (à joindre)

*exemple selon les recommandations

Une épreuve d'effort est recommandée en présence de 2 facteurs de risque tous les 2 ans

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