**DOSSIER MEDICAL DE L’ARBITRE**

**Saison Sportive 2024/2025**

**Nom**:…………………………………………….**Prénom :** ……………………………………**Ligue régionale**…………………..…….…………..

**Date et lieu de naissance**…………………………………………………………**à**……………..…………………………………….……………….

**Groupe sanguin** ::………………………………………………………………………..………………………………….……………………………………………….**Examens subis**

|  |
| --- |
| **MEDECINE GENERALE (EXAMEN CLINIQUE)** |
| ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………**Bilansanguin :FNS-GLYCEMIE- UREE – CREAT** | Cachet du médecin généralisteDate : ……………………………… |
| **OPHTALMOLOGIE (ACUITE VISUELLE)** |
| ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………… | Cachet du médecin ophtalmologueDate : ……………………………… |
| **ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G) – EPREUVE D’EFFORT ARBITRE PLUS DE 38 ANS** |
| ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….………………… | Cachet du médecin cardiologue Date : ……………………………… |
| **VISA DU MEDECIN DE LA REGION** | **Observation****APTE – INAPTE**  |
|  |  |