**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)** |
| ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………**Bilan sanguin :** **FNS-GLYCEMIE- UREE – CREAT**  | Cachet du médecin généraliste Date : ……………………………… |
| **OPHTALMOLOGIE (ACUITE VISUELLE)** |
| ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………… | Cachet du médecin ophtalmologue Date : ……………………………… |
| **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**  |
|  |  |