



LIGUE RÉGIONALE D'AQUITAINE DE BASKETBALL

94, rue Fieffé - 33800 BORDEAUX

Siret : 384 023 578 00014

ligue.aquitaine.basket@wanadoo.fr

www.aquitaine-basket.com

Téléphone : 05 56 91 78 52

Fax : 05 56 94 70 71

DOSSIER MEDICAL D'APTITUDE POUR LES ARBITRES DE PLUS DE 35 ANS

SAISON 2011 - 2012

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... N° LICENCE :

CLUB :

COMITE : CD 24 CD 33 CD 40 CD 47 CD 64

NIVEAU : Départemental Régional National

I. ANTECEDENTS :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Traumatiques :

Traitements en cours :

II. VACCINATION ANTITETANIQUE : Date du dernier rappel :/...../.....

III. EXAMEN SOMATIQUE :

.....

IV. EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE : Acuité visuelle

	SANS CORRECTION	APRES CORRECTION	TYPE DE CORRECTION			
			LUNETTES		LENTILLES	
			OUI	NON	OUI	NON
CEIL DROIT						
CEIL GAUCHE						

✂.....

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

V. EXAMEN CLINIQUE :

Taille : cm Poids : kg IMC :
Pression artérielle de repos : Max : Min :
Auscultation cardio-respiratoire :

VI. ECG :

- * ECG de repos : **Tous les ans** fournir le tracé et l'interprétation
- * ECG d'effort : **Obligatoire tous les 3 ans** Date du dernier EE :/...../.....
Fournir le tracé et le compte rendu du cardiologue
- * Autres examens cardio-vasculaires éventuellement réalisés :
 - ✓ Nature :
 - ✓ Résultat :

VII. FACTEURS DE RISQUES :

- * Antécédents familiaux : OUI NON * Mort subite : OUI NON
 - * Hypertension : OUI NON * Tabac : OUI NON
 - * Dyslipidémie : OUI NON * Diabète : OUI NON
- Commentaires :

Je soussigné, (NOM et PRENOM de l'arbitre) atteste par ma signature l'exactitude des réponses apportées à ce questionnaire.

Fait à, le/...../..... Signature :

CONCLUSION MEDECIN AGREE

NOM et PRENOM de l'arbitre :

ne présente pas de présente une contre indication à l'exercice de la fonction d'arbitre de Basket Ball (compétitions officielles)

Date :/...../..... Nom, signature et cachet du médecin agréé :

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE REGIONALE

FAVORABLE DEFAVORABLE

Date :/...../..... Nom, signature du médecin régional :

✂

A RETOURNER AU COMITE DEPARTEMENTAL

La commission médicale régionale a donné un avis : FAVORABLE DEFAVORABLE

A Melle, Mme, M.

Pour son aptitude à arbitrer des rencontres de Basket Ball.

Fait à, le/...../..... Signature et cachet du médecin régional :