



VISITE MEDICALE D'APTITUDE A L'ARBITRAGE A PARTIR DE 65 ANS
(Fiche médicale strictement confidentielle à conserver par l'arbitre)

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____

Niveau d'arbitrage : _____

1) **ANTECEDENTS :**

Médicaux :

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

2) **EXAMEN CLINIQUE :**

Poids : Kg Taille : cm TA repos : FC repos : /mn

Cardio-vasculaire : Pulmonaire :

Digestif : Locomoteur :

3) **CONTRE-INDICATIONS :**

- Troubles du comportement ou cognitif OUI NON
- Trouble de la vue non corrigé OUI NON
- Tremblement sévère OUI NON
- Difficultés importante (ou impossibilité) d'accroupissement OUI NON
- Surdité (non appareillée) OUI NON

4) **CONCLUSIONS :**

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN