



**DOSSIER MEDICAL ARBITRE
SECRET MEDICAL**

Saison :	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Profession :	
Adresse :	
Téléphone(s) :	
Courrier :	
N° de licence dernière saison :	
Niveau d'arbitrage :	Club Départemental Régional National Haut Niveau

Avis de la Commission Médicale : Favorable Défavorable

Vu dossier de l'arbitre cité ci-dessus et les conclusions de l'examen du docteur
La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat

<input type="checkbox"/> de la Ligue Régionale
<input type="checkbox"/> du HNO

pour délivrance de la licence arbitre.

La Commission Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :

Administrative (motif ci-dessous) :

--

Médicale (motif envoyé par courrier explicatif à l'arbitre)

Date :

Signature et cachet :

**QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER
PAR LE SPORTIF**

QUESTIONNAIRE MEDICAL DECLARATIF ET CONFIDENTIEL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?	Oui	Non
Si oui, avez-vous fait l'objet pour raison médicale d'une restriction	Oui	Non
d'une contre-indication	Oui	Non

Avez-vous déjà été opéré ?	Oui	Non
Si oui, précisez		

Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien, une perte de connaissance ou de l'épilepsie ?	Oui	Non
Si oui, précisez		

Avez-vous des troubles de :		
- La vue	Oui	Non
si oui, portez-vous des corrections ?	lunettes	lentilles
- De l'audition	Oui	Non
- De l'équilibre ou de type vertiges	Oui	Non

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :		
- Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ?	Oui	Non
- Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?	Oui	Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou juste au décours d'un effort :		
- Un malaise avec ou sans perte de connaissance	Oui	Non
- Une douleur thoracique	Oui	Non
- Des palpitations (battements irréguliers)	Oui	Non
- Une fatigue ou un essoufflement inhabituel	Oui	Non

Etes-vous suivi (ou traité) pour :		
- Une maladie du cœur	Oui	Non
- Une hypertension artérielle	Oui	Non
- Un diabète	Oui	Non
- Le cholestérol	Oui	Non

Fumez-Vous ?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de consommer des stupéfiants	Oui	Non

Avez-vous des allergies		
- Respiratoires	Oui	Non
- Cutanées	Oui	Non
- Médicamenteuses	Oui	Non

Etes-vous asthmatique ?	Oui	Non
--------------------------------	-----	-----

Avez-vous déjà eu :		
- Un électrocardiogramme	Oui	Non
- Un échocardiogramme	Oui	Non
- Une épreuve d'effort	Oui	Non

A quand remonte votre dernier bilan sanguin (le joindre si possible) ?		
Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ?	Oui	Non

Prenez-vous des traitements actuellement ?	Oui	Non
Si oui, précisez lesquels :		
Pour les femmes : prenez-vous des oestroprogestatifs ?	Oui	Non

Etes-vous suivi pour un autre problème :		
- Médical :	Oui	Non
Si oui, précisez :		
- Ostéo-articulaire :	Oui	Non
Si oui, précisez :		

Avez-vous eu les vaccinations suivantes :		
- Tétanos	Oui	Non
- Hépatite	Oui	Non
- Polio	Oui	Non

Pratiquez-vous d'autres sports	Oui	Non
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) déclare être candidat à la qualification d'arbitre

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des « 10 règles d'or » édictées par le club des Cardiologues du Sport.

Nom :

Date :

Signature

Je soussigné(e) Dr _____ Certifie avoir examiné Mme
ou M. _____, arbitre de BasketBall, et constaté
qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage.

Date de l'examen :

Signature et cachet :

LES 10 RÈGLES D'OR

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

<http://www.clubcardiosport.com/regles-d'or/affiche.jpg>

- 1/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 2/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C
- 4/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5/ Je ne consomme pas de drogue ou de substances dopantes et ne prends pas de médicaments sans avis médical
- 6/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 9/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 10/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort