

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'ARBITRAGE



**A RETOURNER A LA FFVB SOUS PLI CONFIDENTIEL  
A L'ATTENTION DU MÉDECIN FÉDÉRAL**

## CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE A L'ARBITRAGE

Nom ..... Prénom ..... Sexe .....

Date de Naissance ..... Lieu ..... Nationalité .....

Licence N° ..... Ligue .....

### II ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

### I EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Cachet et Signature  
de l'Ophthalmologue

Valable 3 saisons

Date :

OD      OG

**ACUITÉ VISUELLE :** Avant Correction .....

Après Correction .....

(l'acuité visuelle après correction ne doit pas être inférieure à 15/10 pour les deux yeux)

F.O. : .....

**SENS CHROMATIQUE** (Test d'ISHIHARA)

**VISION BINOCULAIRE :**

**CHAMPS VISUEL :**

**REMARQUES**

### EXAMEN CLINIQUE GENERAL

Taille ..... Poids .....

### BILAN MORPHOSTATIQUE SOMMAIRE

(Graphies facultatives à faire en cas de doute uniquement)

**ACUITÉ AUDITIVE :** Voix haute ..... OD      OG

Voix chuchotée .....

### EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

Auscultation :

Pouls :

T.A. :

ECG : (obligatoire après 40 ans)  
à renouveler tous les 2 ans

En cas de doute épreuve d'effort

### III COUPON DÉTACHABLE RÉSERVÉ FFVB

NOM : ..... PRENOM : .....

APTE

INAPTE

} À L'ARBITRAGE

Date :

**SIGNATURE DU MÉDECIN FÉDÉRAL**

### MÉDECIN EXAMINATEUR

Apte

Inapte

} à l'arbitrage

Date

Signature