



## **VISITE MEDICALE D'APTITUDE A L'ARBITRAGE APRES 65 ANS**

**NOM** ..... **PRENOM** : ..... **DATE DE NAISSANCE** : .....

### 1) ANTECEDENTS

A) Médicaux : .....

B) Chirurgicaux : .....

C) Traitement habituel : .....

### 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

- Impossibilité d'accroupissement                      OUI      NON

- Surdit e    OUI      NON

CONCLUSION :

DATE : .....

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN