



# Basket-ball

Dossier médical ARBITRE

## IMPORTANT

A retourner au Dr Claude BENDERITTER, par :

Courriel : [clbenderitter@gmail.com](mailto:clbenderitter@gmail.com)

(les scans de vos documents doivent être de bonne qualité)

Commission Fédérale  
Basket-Ball Handisport



Partie OBLIGATOIRE à remplir par le/la licencié(e )



Nom et Prénom : .....

Né (e) le..... à .....



Adresse : .....



Code postal :..... Ville.....



Numéros portable : ..... fixe : .....

Adresse mail : .....@.....



COMMISSION BASKET-BALL HANDISPORT

Dr Claude BENDERITTER

Médecin Commission Fédérale Basket FFH

Tél. 06.61.75.99.27 / [clbenderitter@gmail.com](mailto:clbenderitter@gmail.com)

Saison 2024/2025



# Basket-ball

CERTIFICAT MEDICAL  
De non contre-indication à la pratique  
Et / ou de l'arbitrage du basket fauteuil en compétition

Commission Fédérale  
Basket-Ball Handisport

Je soussigné Docteur (en majuscules).....



Certifie avoir examiné ce jour M/ Mme.....



Né (e) le..... à .....



Qualité :.....



Club :.....



Lui avoir fait subir les différents tests et examens tels qu'ils sont précisés dans les recommandations de la sous-commission médicale mentionnée ci-après, déclare n'avoir constaté aucun signe clinique apparent contre-indiquant **la pratique du basket fauteuil ou de l'arbitrage en compétition.**

Fait à ..... Le.....

Signature du médecin



Cachet professionnel obligatoire

**COMMISSION BASKET-BALL HANDISPORT**  
Dr Claude BENDERITTER  
Médecin Commission Fédérale Basket FFH  
Tél. 06.61.75.99.27 / clbenderitter@gmail.com  
Saison 2024/2025



Commission Fédérale  
Basket-Ball Handisport



# Basket-ball

## MODALITES DE L'EXAMEN PREABLE A LA DELIVRANCE DU CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE EN COMPETITION

Nom et Prénom de l'arbitre : .....

1	Taille	..... cm
2	Poids	..... Kgs
3	Pression artérielle de repos	
	Mini	.....
	Maxi	.....
4	Auscultation cardio-respiratoire	
5	<b>Pour les moins de 35 ans au 01/01/2024</b> ► ECG au repos tous les 4 ans <b>Pour les plus de 35 ans au 01/01/2024</b> ► ECG de repos tous les ans ► ainsi qu'une épreuve d'effort de moins de 3 ans si le médecin consulté le juge nécessaire <b>(fournir le(s) tracé(s))</b>	
6	Bilan sanguin comprenant les examens suivants : numération formule sanguine – plaquettes – glycémie – hémoglobine glyquée (HbA1c et bilan lipidique)	
7	Autre ( s ) examen ( s ) cardio-vasculaire ( s ) éventuellement réalisé ( s ) : Nature : ..... Résultat : .....	
	Antécédents familiaux	
	Tabac	
	Dyslipidémie	
	Diabète	

Signature du médecin

Cachet professionnel obligatoire