

RESUME DE L'EVALUATION

- Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

- Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025 / 2026

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

☐ Oui ☐ Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / / / / /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffe et Signature : _____