



# Fédération Algérienne De Hand Ball

## Ligue Régionale Ouest de Hand Ball

### Certificat De Santé pour les Arbitres

#### Données Générales

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu	Profession

<u>Hôpital ou clinique de l'examen :</u>	<u>Par le docteur :</u>
	<u>Date :</u>

#### Examen Général

Tension artérielle :			
Poumons (radiographique) :			
Pouls :			
Cœur :			

Observation :

#### Examen Ophtalmologique

Acuité visuelle:			
Champ visuel :			
Sens chromatique:			
Astigmatisme :			

Observation :

#### Conclusion

Je soussigné, déclare que l'état de santé de :

Satisfaisante

non satisfaisant

Et qu'il est :

Apte

Inapte

Pour officier comme arbitre tout match de HandBall

Lieu Date Signature

La commission médicale de la LROHB Déclare que l'arbitre est :

Apte

Inapte