

**CONFIDENTIAL  
CONFIDENTIEL**

**MC / CAHB** 

**CONFEDERATION  
AFRICAINNE DE  
HANDBALL (CAHB)**



**THE MEDICAL CONFIDENTIALITY IS GUARANTEED  
LE SECRET MEDICAL EST GARANTI**

**HEALTH CERTIFICATE FOR REFEREE\*  
CERTIFICAT DE SANTE POUR LES ARBITRES\***

### 1. GENERAL DATA / DONNEES GENERALES

FAMILY NAME / Nom	<input type="text"/>	NAME / Prénom	<input type="text"/>						
PROFESSION / Profession	<input type="text"/>	NATIONALITY / Nationalité	<input type="text"/>						
		SEX / Sexe	<table border="1"><tr><td>F</td><td>M</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	F	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F	M								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
BIRTH DATE / Date de naissance	<table border="1"><tr><td>D/j</td><td>M/m</td><td>Y/a</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	D/j	M/m	Y/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PLACE / Lieu	<input type="text"/>
D/j	M/m	Y/a							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
RESULT OF THE LAST OFFICIAL SHUTTLE RUN TEST Résultat du dernier test shuttle run officiel	<input type="text"/>	level	<input type="text"/>						
		DATE	<table border="1"><tr><td>d</td><td>m</td><td>y</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	d	m	y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	m	y							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
HOSPITAL, CLINIC OF THE EXAMINATION Hôpital, clinique de l'examen	<input type="text"/>	BY / Par**	<input type="text"/>						

### 2. GENERAL EXAMINATION / EXAMEN GENERAL

PULSE (P) / Pouls (P)	<input type="text"/>	BLOOD PRESSURE / Tension Artérielle	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
HEART / Cœur	<input type="text"/>														
DIAGNOSIS / Diagnostic	<input type="text"/>														
HEIGHT / Taille	<input type="text"/>	cm	BODY MASS / Masse corporelle	<input type="text"/>											
			kg	BODY MASS INDEX / Indice de masse corporelle	<input type="text"/>										
ABDOMINAL CIRCUMFERENCE	<input type="text"/>	cm													
VISUAL ACUITY / Acuité visuelle	<input type="text"/>														
FIELD OF VISION / Champ visuel	<input type="text"/>														
CHROMATIC SENSE/ Sens chromatique	<input type="text"/>														
RESPIRATORY ILLNESS / Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO	NERVOUS SYSTEM DISEASE / Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO						
CARDIOVASCULAR DISEASE / Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO	METABOLIC DISEASE / Maladie du métabolisme	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO						
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE / Maladie digestive	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO	PREGNANCY / Grossesse	<input type="checkbox"/>	YES	<input type="checkbox"/>	NO						
					TERM FOR DELIVERY / Date d'accouchement	<table border="1"><tr><td>d</td><td>m</td><td>y</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>				d	m	y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	m	y													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													

#### CONCLUSION\*\*\*

I, THE UNDERSIGNED CERTIFY THAT THE PERSON HEREIN MENTIONED HAS THE FOLLOWING STATE OF HEALTH  
Je, soussigné, déclare que la personne mentionnée plus haut a un état de santé.

SATISFACTORY / satisfaisant  NOT SATISFACTORY / satisfaisant

AND IN CONSEQUENCE HE/SHE  
Et qu'elle est en conséquence

MAY / Apte  MAY NOT / Inapte

TRAVEL TO OFFICIATE AS REFEREE IN ANY INTERNATIONAL COMPETITION HELD IN ANY PART OF THE WORLD.  
à voyager pour officier comme arbitre dans une compétition internationale ou que ce soit dans le monde.

PLACE / Lieu  DATE / Le  SIGNATURE OF DOCTOR / Signature du médecin

\*Certificat ayant une validité de 12mois. Doit être déposé au Secrétariat de la CAHB avant le 15 janvier de chaque année

\*\*Certificat à signer par les médecins de la fédération d'origine de l'arbitre et agréés par la CM/CAHB

\*\*\* Examens systématiques à faire : Hémogramme, Glycémie à jeun, Acuité visuelle, Examen acoumétrique (ORL), Urée et créatinine sériques, ECG d'effort, Radiographies des poumons