

**CONFIDENTIAL
CONFIDENTIEL**

FEDERATION
INTERNATIONALE
DE VOLLEYBALL



M-4

HEALTH CERTIFICATE FOR REFEREES
Certificat de santé pour les arbitres

1. GENERAL DATA / Données générales

FAMILY NAME / Nom NAME / Prénom
PROFESSION / Profession NATIONALITY / Nationalité SEX

F	M
---	---

BIRTH DATE / Date de naissance PLACE / Lieu
HOSPITAL, CLINIC OF THE EXAMINATION BY
Hôpital, clinique de l'examen Par

2. GENERAL EXAMINATION / Examen général

PULSE (P) / Pouls (P) BLOOD PRESSURE / Tension Artérielle
HEART / Coeur _____
DIAGNOSTIC _____
HEIGHT / Taille cm BODY MASS / Masse corporelle kg BODY MASS INDEX / Indice de masse corporelle
ABDOMINAL CIRCUMFERENCE / Circonférence abdominale cm
VISUAL ACUITY / Acuité visuelle _____
FIELD OF VISION / Champ visuel _____
CHROMATIC SENSE / Sens chromatique _____
RESPIRATORY ILLNESS / Maladie respiratoire YES NO NERVOUS SYSTEM DISEASE / Maladie du système nerveux YES NO
CARDIOVASCULAR DISEASE / Maladie cardio-vasculaire YES NO METABOLIC DISEASE / Maladie du métabolisme YES NO
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE / Maladie digestive YES NO PREGNANCY / Grossesse YES NO TERM FOR DELIVERY / Date d'accouchement
PHYSICIAN SIGNATURE / Signature du Médecin

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 / Non 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 où que ce soit dans le monde.

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