

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:	<input type="text"/>	FIVB N°	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAME: Prénom:	<input type="text"/>	Beach Volleyball	<input type="checkbox"/>					
		Volleyball	<input type="checkbox"/>					
NATIONAL FEDERATION: Fédération nationale:	<input type="text"/>	GENDER: Sexe:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>		
BIRTH DATE: Date de naissance:	<input type="text" value="D/j"/>	<input type="text" value="M/m"/>	<input type="text" value="Y/a"/>	PLACE: Lieu:	<input type="text"/>			
PROFESSION: Profession:	<input type="text"/>	PASSPORT NATIONALITY: Nationalité du passeport:	<input type="text"/>					
HOSPITAL, CLINIC OF THE EXAMINATION: Hôpital, Clinique de l'examen:	<input type="text"/>							
BY (DOCTOR NAME): Par (Nom du médecin):	<input type="text"/>			<input type="text"/>				
	FAMILY NAME / Nom			NAME / Prénom				

2. GENERAL EXAMINATION / Examen général

PULSE: Pouls:	<input type="text"/>	HEART: Cœur:	<input type="text"/>		
DIAGNOSTIC: Diagnostic:	<input type="text"/>				
BLOOD PRESURE: Tension artérielle:	<input style="width: 100px;" type="text" value=" / "/>	mm/Hg	ABDOMINAL CIRCUMFERENCE: Circonférence abdominale:	<input type="text"/>	cm
HEIGHT: Taille:	<input type="text"/>	cm	BODY MASS: Masse corporelle:	<input type="text"/>	kg
VISUAL ACUITY: Acuité visuelle:	<input type="text"/>	BODY MASS INDEX: Index de masse corporelle:	<input type="text"/>		
FIELD OF VISION: Champ visuel:	<input type="text"/>		CHROMATIC SENSE: Sens chromatique:	<input type="text"/>	
RESPIRATORY ILLNESS Maladie respiratoire	YES	NO	PREGNANCY Grossesse	YES	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR DISEASE Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVOUS SYSTEM DISEASE Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE Maladie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	METABOLIC DISEASE Maladie du métabolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COOPER TEST (fitness test): 12 minutes run / Course de 12 minutes:	<input type="text"/>	Meters	COMMENTS: Remarques:	<input type="text"/>
---	----------------------	--------	-------------------------	----------------------

3. CONCLUSION

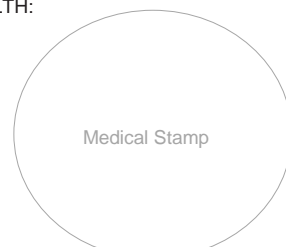
I, THE UNDERSIGNED CERTIFY THAT THE PERSON HEREIN MENTIONED HAS THE FOLLOWING STATE OF HEALTH:

Je, soussigné, déclare que la personne mentionnée plus haut a un état de santé:

<input type="checkbox"/> SATISFACTORY Satisfaisant	<input type="checkbox"/> NOT SATISFACTORY Non satisfaisant
---	---

AND IN CONSEQUENCE HE/SHE
et qu'elle est en conséquence: MAY
Apte MAY NOT
Inapte

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



PLACE Lieu	DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin	DATE Le	<input type="text" value="D/j"/>	<input type="text" value="M/m"/>	<input type="text" value="Y/a"/>
---------------	--	------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------