

**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"/>
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"/>
DOCTOR NAME Nom du médecin	<input type="text"/>		
	<small>FAMILY NAME / Nom</small>		<small>NAME / Prénom</small>

**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	<b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	PREGNANCY Grossesse	<b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <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"/>

ERGONOMETRIC TEST: Test ergométrique	BICYCLE <input type="checkbox"/> Bicyclette	TREADMILL <input type="checkbox"/> Tapis	Other <input type="text"/> Autre	METS <input type="text"/>
MAX PULSE Pouls Max	<input type="text"/>	MAX BP TA Max	<input style="width: 100px;" type="text" value=" / "/>	ECG <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:

SATISFACTORY  
Satisfaisant  NOT SATISFACTORY  
Non satisfaisant

AND IN CONSEQUENCE HE/SHE:  MAY  
et qu'elle est en conséquence:  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  DOCTOR SIGNATURE  DATE     
Lieu Signature du médecin Le

