FEDERATION INTERNATIONALE DE VOLLEYBALL

M-3 HEALTH CERTIFICATE FORM
Formulaire de Certificat de Santé

THE PLAYER YOU ARE EXAMINING WILL PLAY UNDER DEMANDING AND STRESSFUL CONDITIONS INCLUDING HEAT, HIGH HUMIDITY, EXPOSURE TO INTENSES SUNLIGHT, HIGH PHYSICAL EXERTIONS, WHICH CAN LAST TILL 3 HOURS.
Le joueur que vous examinez sera exposé à des conditions difficiles et stressantes comprenant la chaleur, un taux d'humidité élevé, une longue exposition au soleil, un effort physique intense, pouvant durer jusqu'à 3 heures.

THIS FORM MUST BE HANDED OVER DURING THE PRELIMINARY TEAM INQUIRY
Ce formulaire doit être remis lors de l'enquête préliminaire avec les équipes

FAMILY NAME / Nom:	NAME / Prénom:
BIRTH DATE / Date de naissance:	COUNTRY / Pays:

HEREWITH I CONFIRM THAT TO THE BEST OF OUR KNOWLEDGE AND AFTER PROFESSIONAL MEDICAL EXAMINATION OF THE PLAYER HEREIN MENTIONED, HE/SHE IS IN GOOD HEALTH, ABLE TO TRAVEL BY ANY MEANS OF TRANSPORTATION AND PLAY IN VOLLEYBALL COMPETITIONS.
Le soussigné confirme en toute connaissance de cause qu'après avoir procédé à un examen médical approfondi du joueur ci-dessus, il/elle jouit d'une bonne santé, peut voyager avec n'importe quel moyen de transport et participer à des compétitions de Volleyball.

I, AS A PARTICIPANT IN A FIVB EVENT, HEREBY ACKNOWLEDGE AND AGREE AS FOLLOWS:

1. I have had an opportunity to review the FIVB Medical Regulations, including the Anti-Doping Rules.
2. I consent and agree to comply with and be bound by all of the provisions of the FIVB Anti-Doping Rules, including but not limited to, all amendments to the Anti-Doping Rules and all International Standards incorporated in the Anti-Doping Rules.
3. I consent and agree to the creation of my profile in WADA Doping Control Clearing House (ADAMS), as requested under WADA Code to which the FIVB, as an IF, is a signatory, and/or any other authorized National Anti-Doping Organizations (NADOs) similar system under the FIVB's agreement for the sharing of information, and to the entry on my doping control, Whereabouts and Therapeutic Use Exemptions related data in such systems.
4. I also acknowledge and agree that any dispute arising out of a decision made pursuant to the FIVB Anti-Doping Rules, after exhaustion of the process expressly provided for in the FIVB Anti-Doping Rules, may be appealed exclusively as provided in Article 13 of the FIVB Anti-Doping Rules to the Court of Arbitration for Sport ("CAS") as an appellate body for final and binding arbitration.
5. I acknowledge and agree that the decisions of CAS shall be final and enforceable, and that I will not bring any claim, arbitration, lawsuit or litigation in any other court or tribunal.
6. I have read and understand this Acknowledgement and Agreement.

LE SOUSSIGNE, PARTICIPANT A UN EVENEMENT FIVB, PREND CONNAISSANCE ET ACCEPTE :

1. J'ai eu l'opportunité de lire le Règlement Médical de la FIVB, y compris le Règlement Antidopage.
2. J'accepte et respecte d'être lié à toutes les dispositions du Règlement Antidopage de la FIVB, incluant mais ne se limitant pas uniquement aux modifications du Règlement et à tous les standards internationaux confirmés dans ledit Règlement Antidopage.
3. Je consens et accepte la création de mon profil dans le système AMA Clearing House (ADAMS), comme demandé dans le Code de l'AMA à laquelle la FIVB, comme IF, est signataire, et/ou dans n'importe quel autre système similaire autorisé d'Organisations Nationales Antidopage (ONAD), sous accord, avec la FIVB, pour le partage de l'information et à l'entrée de mon contrôle antidopage, des informations de localisation et des Autorisations d'usage à des fins thérapeutiques dans de tels systèmes.
4. Je prends également connaissance et accepte que toute dispute provenant d'une décision prise selon le Règlement Antidopage de la FIVB puisse, après avoir épuisé toutes les procédures prévues à cet effet dans le Règlement Antidopage de la FIVB, être envoyée en appel, comme mentionné exclusivement dans l'Article 12 du Règlement Antidopage de la FIVB, au Tribunal Arbitral du Sport ("TAS"), organisme d'appel pour décider d'un arbitrage final.
5. Je prends connaissance et accepte que les décisions du TAS sont sans appel et exécutoires et que je ne ferai aucune réclamation, arbitrage, procès ou litige auprès de toute autre cour ou tribunal.
6. J'ai lu, compris et pris connaissance de ce document.

PLAYER SIGNATURE Signature du joueur	DOCTOR NAME Nom du médecin	DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin

MEDICAL EXAMINATION DATE / Date de l'examen médical:	D/j	M/m	Y/a