

COMPETITION NAME (INCLUDING SEX AND CATEGORY)  
Nom et emblème de la compétition (incluant sexe et catégorie)

FEDERATION  
INTERNATIONALE  
DE VOLLEYBALL



**M-2**

ALCOHOL-TEST FORM  
Formulaire de contrôle d'alcool

### 1. BASIC DATA - Données de base

CITY :  DATE :  D/j M/m Y/a TIME:  H  Mn  
Ville :  Heure:

MATCH :  BETWEEN  -  HALL :  POOL/PHASE   
N° Entre Salle :  Groupe/Phase

### 2. REFEREES SUBJECT TO CONTROL - Arbitres soumis au contrôle

FUNCTION	LAST NAME : Nom de famille : FIRST NAME: Prénom:	COUNTRY CODE Pays	RESULT - Résultat	
			FIT - Apte	UNIFIT - Inapte
1st Referee	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
2nd referee	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Challenge Referee	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Reserve Referee	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Line Judge	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Line Judge	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Line Judge	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Line Judge	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Scorer	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			
Assistant Scorer	F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M <input type="checkbox"/>			

### 3. AGREEMENT CONCERNING THE PROCEDURE AND TESTING - Accord concernant la procédure et l'analyse

WE, the undersigned, DECLARE that the procedure and the testing were carried out in accordance with FIVB Medical regulations  
NOUS, soussignés, DECLARONS que la procédure suivie et l'analyse ont été conformes aux règlements médicaux de la FIVB.



DOCTOR IN CHARGE  
Médecin responsable



MEMBER OF THE FIVB CONTROL COMMITTEE  
Membre du comité de contrôle de la FIVB