

**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"/>	N° FIVB	<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"/>							

**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"/>	TERM FOR DELIVERY Date d'accouchement <input type="text" value="D/j"/>	
CARDIOVASCULAR DISEASE Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREGNANCY Grossesse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE Maladie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVOUS SYSTEM DISEASE Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			METABOLIC DISEASE Maladie du métabolisme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin	<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:  
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	<input type="text"/>	DATE Le	<input type="text" value="D/j"/>	<input type="text" value="M/m"/>	<input type="text" value="Y/a"/>	DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin	<input type="text"/>
---------------	----------------------	------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	----------------------