

FAMILY NAME: Nom:	<input type="text"/>		
NAME: Prénom:	<input type="text"/>		
BIRTH DATE: Date de naissance:	D/j	M/m	Y/a
PLACE: Lieu:	<input type="text"/>		
COUNTRY: Pays:	<input type="text"/>		
FIVB FUNCTION: Fonction FIVB:	<input type="text"/>		

HEREWITH WE CONFIRM THAT THE ABOVE MENTIONED FIVB OFFICIAL IS IN GOOD HEALTH AND DOES NOT SUFFER FROM ANY ILLNESS OR DISORDERS WHICH COULD INTERFERE WITH THE FIVB ASSIGNMENT.

HIS HEALTH ALLOWS HIM TO TRAVEL TO ALL COUNTRIES IN THE WORLD.

Nous certifions par la présente que l'officiel de la FIVB est en bonne santé et ne souffre pas de maladies ou des troubles qui pourraient interférer avec le mandat de la FIVB.

Sa santé lui permet de voyager partout dans le monde.

MEDICAL DOCTOR NAME Nom du médecin	MEDICAL DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MEDICAL EXAMINATION DATE:
Date de l'examen médical:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/j	M/m	Y/a