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

FEDERATION INTERNATIONALE DE VOLLEYBALL

M-5 MEDICATION DECLARATION
Déclaration de prise de médicaments

TEAM :
Equipe :

DATE : D/j M/m Y/a

MATCH N° :

BETWEEN Entre -

POOL/PHASE :
Groupe/Phase :

TIME: H Min
Heure:

DECLARATION FOR MEDICATION (DRUGS) ADMINISTERED TO ATHLETES
Déclaration des substances (médicaments) administrées aux athlètes

DOCTOR (NAME)
Médecin (nom)

I HEREBY CERTIFY THAT IN THE LAST 72 HOURS PRECEDING THE MATCH THE FOLLOWING MEDICATION WAS TAKEN BY PARTICIPATING ATHLETES:
Je soussigné/e certifie que les médicaments ci-dessous ont été pris par les athlètes au cours des 72 heures précédant le match.

SHIRT N°	FAMILY NAME AND FIRST NAME Nom et prénom du joueur	MEDICINE (NAME, LABORATORY AND DOSE) Médicament (nom, laboratoire et dosage)

COMMENTS:
Remarques: _____

_____

DATE _____ SIGNATURE _____

CC: TEAM DOCTOR / Médecin de l'équipe