

**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  NAME / Prénom   
PROFESSION / Profession  NATIONALITY / Nationalité  SEX 

F	M
---	---

  
BIRTH DATE / Date de naissance 

Di	Mo	Ys
----	----	----

 PLACE / Lieu   
HOSPITAL, CLINIC OF THE EXAMINATION  BY   
Hôpital, clinique de l'examen  Par

**2. GENERAL EXAMINATION / Examen général**

PULSE (P) / Pouls (P)  BLOOD PRESSURE / Tension Artérielle    
HEART / Coeur   
DIAGNOSTIC   
HEIGHT / Taille  cm BODY MASS / Masse corporelle  kg BODY MASS INDEX / Indice de masse corporelle   
ABDOMINAL CIRCUMFERENCE / Circonférence abdominale  cm  
VISUAL ACUITY / Acuité visuelle   
FIELD OF VISION / Champ visuel   
CHROMATIC SENSE / Sens chromatique   
RESPIRATORY ILLNESS / Maladie respiratoire  YES  NO NERVOUS SYSTEM DISEASE / Maladie du système nerveux  YES  NO  
CARDIOVASCULAR DISEASE / Maladie cardio-vasculaire  YES  NO METABOLIC DISEASE / Maladie du métabolisme  YES  NO  
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE / Maladie digestive  YES  NO PREGNANCY / Grossesse  YES  NO TERM FOR DELIVERY / Date d'accouchement 

Di	Mo	Ys
----	----	----

  
PHYSICIAN SIGNATURE / Signature du Médecin

**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  DATE / Le  SIGNATURE OF DOCTOR / Signature du médecin