

**CONFIDENTIAL  
CONFIDENTIEL**

**CONFEDERACION  
SUDAMERICANA  
DE VOLEIBOL**



**M-4**

HEALTH CERTIFICATE FOR REFEREES  
Certificat de santé pour les Arbitres

### 1. GENERAL DATA / Données générales

FAMILY NAME / Nom \_\_\_\_\_ N° FIVB 

1	5				
---	---	--	--	--	--

FIRST NAME / Prénom \_\_\_\_\_ Volleyball  Beach Volleyball

PROFESSION / Profession \_\_\_\_\_ GENDER / Sexe M  F

PASSPORT NATIONALITY / Nationalité du passeport \_\_\_\_\_ NATIONAL FEDERATION / Fédération nationale \_\_\_\_\_

BIRTH DATE / Date de naissance 

--	--	--

 PLACE / Lieu \_\_\_\_\_  
D/j M/m Y/a

HOSPITAL, CLINIC OF THE EXAMINATION / Hôpital, Clinique de l'examen \_\_\_\_\_

BY (DOCTOR NAME) / Par (Nom du médecin) \_\_\_\_\_

### 2. GENERAL EXAMINATION / Examen général

PULSE (P) / Pouls (P) \_\_\_\_\_ BLOOD PRESSURE / Tension artérielle 

--	--

  
mm Hg

HEART / Cœur \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC \_\_\_\_\_

HEIGHT / Taille 

--

 cm BODY MASS / Masse corporelle 

--

 Kg BODY MASS INDEX (BMI) / Indice de masse corporelle 

--

ABDOMINAL CIRCUMFERENCE / Circonférence abdominale 

--

 cm

VISUAL ACUITY / Acuité visuelle \_\_\_\_\_

FIELD OF VISION / Champ visuel \_\_\_\_\_

CHROMATIC SENSE / Sens chromatique \_\_\_\_\_

	YES	NO		YES	NO	TERM FOR DELIVERY / Date d'accouchement			
RESPIRATORY ILLNESS / Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREGNANCY / Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <small>D/j M/m Y/a</small>			
CARDIOVASCULAR DISEASE / Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVOUS SYSTEM DISEASE / Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DIGESTIVE SYSTEM DISEASE / Maladie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	METABOLIC DISEASE / Maladie du métabolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DOCTOR SIGNATURE / Signature du médecin 

--

### 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 \_\_\_\_\_ DATE / Le 

--	--	--

 DOCTOR SIGNATURE / Signature du médecin 

--

  
D/j M/m Y/a