

NOMBRE DE LA COMPETENCIA + LOGO

competition name

CONFEDERACION SUDAMERICANA
DE VOLEIBOL



M-3

CERTIFICADO DE SALUD
Health certificate

EL JUGADOR QUE ESTÁ EXAMINANDO JUGARÁ EN CONDICIONES DE GRAN DEMANDA FÍSICA Y DE ESTRESS QUE INCLUYEN CALOR, ALTA HUMEDAD, EXPOSICIÓN A RAYOS SOLARES, GRAN EXIGENCIA FÍSICA, QUE PUEDEN DURAR COMO MÁXIMO 3 HORAS.

The player you are examining will play under demanding and stressful conditions including heat, high humidity, exposure to intenses sunlight, high physical exertions, which can last for as many as 3 hours.

ESTA FORMA DEBE SER PORTADA DURANTE EL INTERROGATORIO PRELIMINAR DEL EQUIPO

This form must be handed over during the preliminary team inquiry

APELLIDO :

Family name:

NOMBRE :

Name :

FECHA DE NASC :

Birth date :

LUGAR

Place.

Pais :

Country :

FECHA DEL EXAMEN MEDICO :

Date of the medical examination:

CERTIFICAMOS POR LA PRESENTE QUE EL JUGADOR ARRIBA MENCIONADO ESTA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y PUEDE PARTICIPAR EN COMPETENCIAS INTERNACIONALES DE VOLEIBOL.

Herewith i confirm, under oath, that to the best of our knowledge and after professional medical examination of the player here in mentioned, he/she is in good health, able to travel by any means of transportation and play in volleyball competitions.

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE NO ESTOY TOMANDO NINGUNA DE LAS SUSTANCIAS PROHIBIDAS MENCIONADAS EN LAS REGULACIONES ANTI DOPING DE LA FIVB.

CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE TENGO CONOCIMIENTO DE LOS ARTICULOS 2.1.1. Y 2.6.1 DE LAS REGULACIONES MEDICAS DE LA FIVB Y ACEPTO SER SOMETIDO AL CONTROL ANTI DOPING DURANTE LAS COMPETENCIAS OFICIALES DE LA CSV. ASIMISMO COLABORAR PARA FACILITAR EL PROCEDIMIENTO ANTI DOPING

Herewith i confirm that my name stated herein is accurate and, under oath, i declare that i have not taken and will not take any forbidden substances listed in FIVB antidoping regulations.

I acknowledge that to verify my declaration i may be submitted to anti-doping control before or during the CSV official competition, for which i volunteer to consent when this is done in strict compliance with FIVB medical regulations.

NOMBRE DEL MEDICO

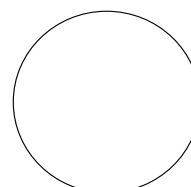
Name of the medical doctor

FIRMA DEL MEDICO

Signature of the medical doctor

FIRMA PRESIDENTE FEDERACION NACIONAL

Signature of the National Federation President



SELLO DE LA FEDERACION NACIONAL
National Federation Seal

FIRMA DEL JUGADOR/ Signature of player