



**Pool C**  
**Port of Spain,**  
**Trinidad and Tobago**  
 2 - 6 June 2009

FEDERATION INTERNATIONALE DE  
 VOLLEYBALL



M-4

HEALTH CERTIFICATE FOR REFEREES  
 Certificat de santé pour les arbitres

FIVB

1. GENERAL DATA / Données générales

FAMILY NAME / Nom  NAME / Prénom

PROFESSION / Profession  NATIONALITY / Nationalité  SEX 

F	M

BIRTH DATE / Date de naissance 

Dj	Min	Y/a

 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

SPECIALIST'S SIGNATURE

Signature du Spécialiste

3. PHTALMOLOGICAL EXAMINATION / Examen Ophtalmologique

VISUAL ACUITY / Acuité visuelle

FIELD OF VISION / Champ visuel

CHROMATIC SENSE / Sens chromatique

SPECIALIST'S SIGNATURE

Signature du Spécialiste

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  DATE  SIGNATURE OF DOCTOR

Lieu  Le  Signature du médecin