



FIVB MEN'S VOLLEYBALL
WORLD CHAMPIONSHIP
ITALIA 2010

Pool D
Kingston, Jamaica
20 - 24 May 2009

FEDERATION INTERNATIONALE DE
VOLLEYBALL



FIVB

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

| | | |
|----|-----|-----|
| 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