

**CONFIDENTIAL  
CONFIDENTIEL**

FEDERATION INTERNATIONALE DE  
VOLLEYBALL



FIVB

**M-5**

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 Mm Ya 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. OPHTHALMOLOGICAL 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   
Lieu  Le

SIGNATURE OF DOCTOR   
Signature du médecin