



M-4

HEALTH CERTIFICATE
Certificat de santé

THE PLAYER YOU ARE EXAMINING WILL PLAY UNDER DEMANDING AND STRESSFUL CONDITIONS INCLUDING HEAT, HIGH HUMIDITY, EXPOSURE TO INTENSE SUNLIGHT, HIGH PHYSICAL EXERTIONS, WHICH CAN LAST FOR AS MANY AS 3 HOURS.

Le joueur que vous examinez sera exposé à des conditions difficiles et stressantes comprenant la chaleur, un taux d'humidité élevé, une longue exposition au soleil, une demande physique intense, qui peuvent s'étendre sur une période allant jusqu'à 3 heures.

THIS FORM MUST BE HANDED OVER DURING THE PRELIMINARY TEAM INQUIRY
Ce formulaire doit être remis au cours de l'entretien préliminaire avec les équipes

FAMILY NAME :

Nom :

NAME :

Prénom :

BIRTH DATE :

Date de naissance :

PLACE :

Lieu :

COUNTRY :

Pays :

DATE OF THE MEDICAL EXAMINATION :

Date de l'examen médical :

HEREWITH I CONFIRM, UNDER OATH, THAT TO THE BEST OF OUR KNOWLEDGE AND AFTER PROFESSIONAL MEDICAL EXAMINATION OF THE PLAYER HEREIN MENTIONED, HE/SHE IS IN GOOD HEALTH, ABLE TO TRAVEL BY ANY MEANS OF TRANSPORTATION AND PLAY IN VOLLEYBALL COMPETITIONS.

Je soussigné, certifie sur l'honneur qu'après avoir procédé à un examen médical approfondi du joueur ci-dessus mentionné et pour autant que nous puissions en juger, il/elle jouit d'une bonne santé, est apte à voyager par n'importe quel moyen et à participer à des compétitions de Volleyball.

NAME OF THE MEDICAL DOCTOR
Nom du médecin

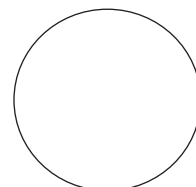
HEREWITH I CONFIRM THAT MY NAME STATED HEREIN IS ACCURATE AND, UNDER OATH, I DECLARE THAT I HAVE NOT TAKEN AND WILL NOT TAKE ANY FORBIDDEN SUBSTANCES LISTED IN FIVB ANTIDOPING REGULATIONS.

I ACKNOWLEDGE THAT TO VERIFY MY DECLARATION I MAY BE SUBMITTED TO ANTI-DOPING CONTROL BEFORE OR DURING THE COMPETITION, FOR WHICH I VOLUNTEER TO CONSENT WHEN THIS IS DONE IN STRICT COMPLIANCE WITH FIVB MEDICAL REGULATIONS.

Je soussigné confirme que mon nom, tel qu'il apparaît ci-inclus, est exact et confirme sur l'honneur que je n'ai pris et ne prendrai aucune substance interdite figurant sur le règlement antidopage de la FIVB. Je reconnais que pour vérifier mes dires, je pourrai être soumis à un contrôle antidopage avant ou pendant la compétition, et accepte de m'y soumettre volontairement s'il est effectué en stricte conformité avec le règlement médical de la FIVB.

SIGNATURE OF THE MEDICAL DOCTOR
Signature du médecin

SIGNATURE OF THE NATIONAL FEDERATION PRESIDENT
Signature du président de la Fédération Nationale



NATIONAL FEDERATION SEAL
Sceau de la Fédération Nationale

SIGNATURE OF PLAYER / Signature du joueur