

M-7

HEALTH CERTIFICATE FOR OFFICIALS
Certificat de Santé pour les Officiels



FAMILY NAME:

Nom:

NAME:

Prénom:

BIRTH DATE:

Date de naissance:

D/j	M/m	Y/a
-----	-----	-----

PLACE:

Lieu:

COUNTRY:

Pays:

CEV FUNCTION:

Fonction CEV:

HEREWITH WE CONFIRM THAT THE ABOVE MENTIONED CEV OFFICIAL IS IN GOOD HEALTH AND DOES NOT SUFFER FROM ANY ILLNESS OR DISORDERS WHICH COULD INTERFERE WITH THE CEV ASSIGNMENT.

HIS HEALTH ALLOWS HIM TO TRAVEL TO ALL COUNTRIES IN THE WORLD.

Nous certifions par la présente que l'officiel de la CEV est en bonne santé et ne souffre pas de maladies ou des troubles qui pourraient interférer avec le mandat de la CEV.

Sa santé lui permet de voyager partout dans le monde.

MEDICAL DOCTOR NAME Nom du médecin	MEDICAL DOCTOR SIGNATURE Signature du médecin

MEDICAL EXAMINATION DATE:

Date de l'examen médical:

--	--	--

D/j

M/m

Y/a