COMPETITION NAME (INCLUDING SEX AND CATEGORY) + LOGO
Nom et emblème de la compétition (incluant sexe et catégorie)

FEDERATION INTERNATIONALE DE VOLLEYBALL

M-7

MEDICATION DECLARATION
Déclaration de prise de médicaments

TEAM :
Equipe :

DATE : D/j M/m Y/a

MATCH Nº :

BETWEEN Entre -

POOL/PHASE : Groupe/Phase :

TIME: Heure: H Min

DECLARATION FOR MEDICATION (DRUGS) ADMINISTERED TO ATHLETES
Déclaration des substances (médicaments) administrées aux athlètes

DOCTOR (NAME)
Médecin (nom)

I HEREBY CERTIFY THAT IN THE LAST 72 HOURS PRECEDING THE MATCH THE FOLLOWING MEDICATION WAS TAKEN BY PARTICIPATING ATHLETES:
Je soussigné/e certifie que les médicaments ci-dessous ont été pris par les athlètes au cours des 72 heures précédant le match.

SHIRT Nº Maillot Nº.	FAMILY NAME AND FIRST NAME Nom et prénom du joueur	MEDICINE (NAME, LABORATORY AND DOSE) Médicament (nom, laboratoire et dosage)

COMMENTS:
Remarques: _____

DATE _____ SIGNATURE _____

CC: TEAM DOCTOR / Médecin de l'équipe