

THE PLAYER YOU ARE EXAMINING WILL PLAY UNDER DEMANDING AND STRESSFUL CONDITIONS INCLUDING HEAT, HIGH HUMIDITY, EXPOSURE TO INTENSES SUNLIGHT, HIGH PHYSICAL EXERTIONS, WHICH CAN LAST TILL 3 HOURS.
Der/Die untersuchte SpielerIn kann unter anspruchsvollen und anstrengenden Bedingungen spielen wie Hitze, hoher Luftfeuchtigkeit, unter starker Sonneneinstrahlung und hoher körperlicher Belastung, bis zu einer Dauer von 3 Stunden.

THIS FORM MUST BE HANDED OVER DURING THE PRELIMINARY TEAM INQUIRY
Dieses Formular muss bei der Preliminary Inquiry vorgelegt bzw. an den ÖVV gesendet werden

FAMILY NAME / Nachname:	NAME / Vorname:
BIRTH DATE / Geburtsdatum:	COUNTRY / Nationalität:

HEREWITH I CONFIRM 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.

Hiermit bestätige ich mit besten Wissen und nach einer eingehenden medizinischen Untersuchung des/der SpielerIn, dass er/sie bei guter Gesundheit ist und geeignet, mit jedem Verkehrsmittel zu reisen und an Volleyballbewerben teilzunehmen.

I, AS A PARTICIPANT IN A CEV EVENT, HEREBY ACKNOWLEDGE AND AGREE AS FOLLOWS:

- I have had an opportunity to review the FIVB Medical and Anti-Doping Regulations, including the Anti-Doping Rules.
- I consent and agree to comply with and be bound by all of the provisions of the FIVB Anti-Doping Rules, including but not limited to, all amendments to the Anti-Doping Rules and all International Standards incorporated in the Anti-Doping Rules.
- I consent and agree to the creation of my profile in WADA Doping Control Clearing House (ADAMS), as requested under WADA Code to which the FIVB, as an IF, is a signatory, and/or any other authorized National Anti-Doping Organizations (NADOs) similar system under the CEV's agreement for the sharing of information, and to the entry on my doping control, Whereabouts and Therapeutic Use Exemptions related data in such systems.
- I also acknowledge and agree that any dispute arising out of a decision made pursuant to the FIVB Anti-Doping Rules, after exhaustion of the process expressly provided for in the FIVB Anti-Doping Rules, may be appealed exclusively as provided in Article 13 of the FIVB Anti-Doping Rules to the Court of Arbitration for Sport ("CAS") as an appellate body for final and binding arbitration.
- I acknowledge and agree that the decisions of CAS shall be final and enforceable, and that I will not bring any claim, arbitration, lawsuit or litigation in any other court or tribunal.
- I have read and understand this Acknowledgement and Agreement.

ALS TEILNEHMER/IN AN EINEM OFFIZIELLEN VOLLEYBALLSPIEL ERTEILE ICH MEINE ZUSTIMMUNG ZU NACHSTEHENDEM:

- Ich hatte die Möglichkeit, die 'FIVB Medical and Anti-Doping Regulations' einzusehen.
- Ich stimme zu, mich an alle Bestimmungen der 'FIVB Medical and Anti-Doping Regulations' zu halten, einschließlich aller Änderungen der Anti-Doping-Bestimmungen und allen in den Anti-Doping-Bestimmungen enthaltenen Internationalen Standards.
- Gilt für Athleten des Nationalen Testpools: Ich stimme der Speicherung meines Profils und meiner Daten im 'WADA Doping Control Clearing House (ADAMS)' zu, wie vom 'WADA Code' verlangt, welchen die FIVB als Internationaler Verband unterzeichnet hat, ebenso in allen anderen berechtigten Nationalen Anti-Doping-Organisationen ('NADOs'), welche mit der FIVB/CEV den Austausch von Informationen vereinbart hat. Weiters stimme ich der Eingabe aller Daten betreffend meiner Doping-Kontrollen, 'Whereabouts' und 'Therapeutic Use Exemptions' zu.
- Gilt für Athleten des Nationalen Testpools: Ich stimme weiters zu, jeden Einspruch gegen Entscheidungen aus Verfahren nach den 'FIVB Anti-Doping Rules', nach Ausschöpfung des Instanzenweges nach den 'FIVB Anti-Doping Rules' ausschließlich, wie in Artikel 13 der 'FIVB Anti-Doping Rules' festgelegt, beim 'Court of Arbitration for Sport' ('CAS') als letzte und bindende Berufungsinstanz einzubringen.
- Ich stimme zu, dass die Entscheidungen des 'CAS' bindend und vollstreckbar sind, und dass ich keinerlei Forderungen, Anträge auf Schiedsverfahren, Klagen oder Gerichtsverfahren bei anderen Gerichten beantrage.
- Ich habe die Vereinbarung gelesen und verstanden.

PLAYER SIGNATURE Unterschrift des/der SpielerIn	DOCTOR NAME Name der Ärztin/des Arztes	DOCTOR SIGNATURE Unterschrift der Ärztin/des Arztes

MEDICAL EXAMINATION DATE Datum der medizinischen Untersuchung:	D/T	MM	Y/J
---	-----	----	-----