



申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

请仔细阅读以下说明后再填写申请表。信息不完整的申请表将被退回，导致执照延后颁发。申请或支持文件如有任何疏漏、不准确或信息不全，均可视为拒发执照的充分理由，如果执照已颁发，则可能导致暂时吊销或撤销执照。

申请职业拳击裁判员、评分员和计时员执照需要缴纳哪些费用，有效期分别是多长时间？

拳击裁判员和评分员执照的费用为 50.00 美元。拳击计时员执照的费用为 10.00 美元。拳击裁判员、评分员或计时员执照自颁发之日起至当年 9 月 30 日有效。

申请职业综合格斗裁判员、评分员和计时员执照需要缴纳哪些费用，有效期分别是多长时间？

综合格斗裁判员和评分员执照的费用是 100.00 美元。综合格斗计时员执照的费用是 40.00 美元。综合格斗裁判员、评分员或计时员执照自颁发之日起一年内有效。

什么时候可以申领原始执照？

您可以随时向有关机构申请颁发原始执照。但是，如果您计划参加一项已经安排好的赛事，请在赛事前两周提交您的执照申请及所需材料，以留出充足的处理时间。

我什么时候需要更新执照？

您可以在执照到期前三个月至到期后三年内更新执照。如果您未能在三年期限内更新，则必须提交原始执照申请表及所需材料。

我需要按指纹吗？

不。您不需要按指纹。

我为什么需要提供电子邮件地址？

您将通过电子邮件接收执照以及任何与执照或申请有关的答复信息。如果您的电子邮件地址发生改变，请向本办公室提交修正申请，注明您的新电子邮件地址。

申领全新的竞技运动裁判员、评分员和计时员执照需要满足哪些经历要求？

新计时员执照申请人必须证明在官方批准的业余/职业竞技运动赛事中熟练完成计时任务，或持有拳击委员会 (Association of Boxing Commissions, ABC) 批准的计时员培训课程结业证书。新拳击裁判员或评分员执照申请人必须至少拥有 400 回合的工作经历，新综合格斗裁判员或评分员执照申请人必须至少拥有 200 回合的工作经历，这种经验的积累范畴仅限于任何官方批准的业余或职业赛事。新裁判员和评分员执照申请人还必须持有 ABC 批准的

裁判员或评分员培训课程结业证书。为证明您的工作经历，您必须至少提供一封由监督比赛的业余选手监管机构或竞技委员会出具的证明信或介绍信。

我必须通过纽约州竞技委员会的考试或面试才能获得执照吗？

根据您报告的工作经历，您可能需要通过纽约州竞技委员会 (New York State Athletic Commission, NYSAC) 举办的考试或面试。

申领执照需要什么医学检查结果？

请注意，不要提交未作要求的医学检查结果。需要以下注明检查日期的医学检查结果：

- 1 年内的完整病史和体检记录（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 由验光师或眼科医师在 1 年内执行的散瞳检查（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 1 年内完成的 12 导联心电图（适用于裁判员执照申请人）
- 1 年内检查的乙型肝炎表面抗原（适用于裁判员执照申请人）
- 1 年内检查的丙型肝炎抗体（适用于裁判员执照申请人）
- 1 年内检查的艾滋病 (HIV) 病毒（适用于裁判员执照申请人）

哪些文件可证明我在裁判员、评分员或计时员方面的培训背景和工作经历？

- 由监督您完成工作经历中所涉赛事的任何业余选手监管机构和竞技委员会出具的介绍信
- 拳击委员会 (ABC) 批准的裁判员、评分员或计时员培训课程结业证书
- 竞技运动简历和证明人列表
- 神经学课程结业证书，或识别不良神经系统症状的经历/培训证明（适用于裁判员执照申请人）

申请时需要哪些材料？

- 政府颁发的有效附照身份证复印件
- 如果您在本申请表“背景信息”和“财务信息”部分的问题下回答“是”，请提供相关支持材料
- 您的培训和经历证明
- 竞技运动简历和证明人列表
- 医疗信息披露授权表（适用于裁判员和评分员执照申请人）、政府颁发的有效附照身份证复印件
- HIPAA 信息披露授权表（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 拳击裁判员或评分员执照申请费 50.00 美元
- 拳击计时员执照申请费 10.00 美元
- 综合格斗裁判员或评分员执照申请费 100.00 美元
- 综合格斗计时员执照申请费 40.00 美元

申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

什么是竞技运动简历？

在一份简历中概述您与申领拳击或综合格斗执照相关的资质和经历、教育和/或培训、执照和/或证书。

有哪些付款方式？

您可以使用支票或汇票向纽约州州务院 (New York State Department of State) 付款（抬头请写 NYS Department of State）。请勿邮寄现金。**申请费不可退还。**对于被银行退回的任何支票，每张将收取 20 美元的费用。

如何向纽约州竞技委员会提交申请和支持性材料？

纽约州竞技委员会的通信地址： New York State, Department of State
State Athletic Commission
P.O.Box 22090
Albany, NY 12201-2001

申请的“子女抚养声明”部分

无论您是否有子女或任何抚养义务，纽约州（一般义务法）都要求申请人签署“子女抚养声明”。

任何人拖欠子女抚养费达到四个月或以上，其商务执照、职业执照和驾驶执照均有可能被暂时吊销。

为规避法定抚养义务而故意提交虚假书面声明者，将遭受刑法 (Penal Law) §175.35 条款的处罚。向地方政府或州政府提交有欺诈意图的虚假文书属于 E 类重罪。

隐私相关通知

是否需要在申请表上提供我的社会安全号码？

是的。纽约州竞技委员会需要收集所有执照持有者的社会安全号码。索取和维护此类个人信息的依据参见税法 (Tax Law) §5 条款和一般义务法 (General Obligations Law) §3-503 条款。您必须披露此类信息。采集此类信息是为了让税务和财政部门识别在纳税申报中有逾期提交以及可能低估纳税金额的个人、企业或其他方，同时识别受税务和财政专员辖下税收政策影响的个人。它将用于税务管理以及税法授权的任何其他目的，也可能被儿童抚养执行机构或者本州或其他州根据社会安全法 (Social Security Act) IV-D 条款授权的代表用来制定、修改或执行抚养命令，但不可向大众公开此类信息。如无法提供社会安全号码，需要做出书面说明。对于要求提供此信息的权限，19 NYCRR §207.5(a)(1) 中也有相关规定。此信息将保存在纽约州竞技委员会的许可信息系统中，地址为：123 William Street, New York, NY 10038-3804。

请注意，提交此申请并不能保证您将被指派担任职业竞技运动赛事的体育官员职务。



申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

请阅读说明后再填写此申请表。请务必用墨水填写。带*的项目为必填栏。

要申请一张以上的执照，请单独提交每张执照的申请表、费用和所需材料。

*请选择执照类型（单选）：
☐ 拳击裁判员（50.00 美元） ☐ 拳击评分员（50.00 美元） ☐ 拳击计时员（10.00 美元）
☐ 综合格斗裁判员（100.00 美元） ☐ 综合格斗评分员（100.00 美元） ☐ 综合格斗计时员（40.00 美元）

*您要申请新执照、更新执照还是希望修正/更改档案上的信息？

（单选）：
☐ 新执照（费用见上文） ☐ 更新执照（费用见上文） ☐ 修正执照（无费用）

申请人信息

*名字	*姓氏	中间名首字母	后缀
*地址 1		地址 2	
*城市	*美国下辖州或加拿大下辖省		*邮编
县/郡（如为纽约州居民）	*国家/地区	*性别 ☐ 男 ☐ 女	*出生日期（月/月/日日/年年年年）
*您有社会安全号码 (Social Security Number, SSN) 吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供您的社会安全号码：			
*电话号码 - 家庭电话	手机号码	工作电话	*电子邮箱地址

*☐ 本人已随附政府颁发的有效附照身份证复印件。

背景信息

1) *您是否持有或曾经持有纽约州竞技委员会或任何其他竞技委员会颁发的执照？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供所持每张执照的以下信息：

执照类型	颁发州（仅限美国）	颁发国	执照编号	执照年度
------	-----------	-----	------	------

2) *您本人或您在纽约或其他任何地方负责或曾经负责的公司是否有执照或许可被撤销、暂时吊销或取消，或者您是否曾受到纪律处分？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

--

3) *您在纽约州或其他任何地方是否曾有轻微或重大犯罪行为？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请注明每次犯罪行为的下列信息：

犯罪年度	发生犯罪行为的辖区	罪行
------	-----------	----

如果您曾经犯罪，请附上残疾救济证、行政赦免、品行优良奖章的复印件或其他支持性材料。

申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

4) *纽约州或其他任何地方的法院是否有针对您的任何未决刑事起诉（包括轻罪和重罪）？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请注明每次起诉的下列信息：

起诉年度	起诉辖区	罪行（起诉性质）	诉讼的当前状态
------	------	----------	---------

5) *您是否有任何与赌博有关的债务？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

培训和经历

1) *您是否持有拳击委员会认可和批准的裁判员或评分员培训课程结业证书？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供您最近完成的三个培训课程的名称和日期：

课程名称	课程日期
------	------

请随附您的课程结业证书复印件

2) *说明与申请执照相关的经历和资质。如需更多空间来详细阐述，请附加其他材料。

3) *列出您在竞技运动中的工作经历（参与的回合数）以及您在**官方批准的业余和职业拳击或综合格斗**赛事中申请使用的执照类型。（申请职业拳击裁判员或评分员执照至少需要 400 回合的工作经历，申请职业综合格斗裁判员或评分员执照至少需要 200 回合的工作经历。）

官方批准的 职业 竞赛回合数			官方批准的 业余 竞赛回合数		
竞技运动	担任评分员回合数	担任裁判员回合数	竞技运动	担任评分员回合数	担任裁判员回合数
拳击			拳击		
综合格斗			综合格斗		

请至少随附一封由业余选手监管机构出具的介绍信，该监管机构应监督您获得**业余**赛事工作经验的竞赛；以及至少随附一封由**竞技委员会**出具的介绍信，该**竞技委员会**应监督您获得**职业**赛事工作经验的竞赛。

4) *您是否曾参加由纽约州**竞技委员会**指定**医师**开办的**神经学**课程，或是否具有识别**不良神经系统症状**（针对**拳击运动员或综合格斗运动员**）的经验或接受过相关培训？（适用于裁判员执照申请人）

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供您最近完成的三个培训课程的名称和日期：

课程名称	课程日期
------	------

如果您在识别**不良神经系统症状**（针对**拳击运动员或综合格斗运动员**）方面还有其他经验，或曾接受其他相关培训，请一并列出

请随附课程结业证书以及其他培训和经历的证明材料。

5) *您是否与任何**职业拳击运动员、综合格斗运动员、经纪人、助理、教练、筹办人、赛事协调员**，或者上述**人士/实体、监管机构或纽约州竞技委员会**的任何员工有关或有私交？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请列出这些人的姓名：

申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

6) *请提交您的竞技运动简历复印件和证明人列表。其中应注明每个证明人的日间电话号码和电子邮箱地址。

财务信息

1) *您是否与任何职业拳击运动员、综合格斗运动员、经纪人、助理、教练、筹办人、赛事协调员，或者上述人士/实体或监管机构的任何员工有财务上的利益往来？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请提供以下信息：

名字和姓氏	财务利益的相关说明
-------	-----------

2) *目前是否存在不利于您的终审判决？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

3) *您是否在任何税务管辖区有任何未缴清税款？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

4) *您是否持有任何其他已被暂时吊销或撤销且尚未恢复的执照或履约保证？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

5) *您是否为待破产程序中的债务人？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

6) * 您是否曾在过去 12 个月内收到解除破产令？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

7) *您是否在过去 36 个月内申请解除破产令遭拒？

☐ 是 ☐ 否 如果选择“是”，请予以说明：

请随附您希望提交的其他文件。

申请职业竞技运动体育官员执照（裁判员、评分员或计时员执照）

医疗信息（适用于裁判员和评分员执照申请人）

（请勿提交执照申请中未作要求的医学检查结果。）

1) 为获得纽约职业拳击或综合格斗裁判员或评分员执照，您必须提交由持照眼科医师或验光师执行的散瞳检查结果。该检查必须在执照颁发日期之前 1 年内进行。

☐ 本人已随附自己的散瞳检查结果复印件。

2) 为获得纽约职业拳击或综合格斗裁判员执照，您必须提交心电图（12 导联心电图）检查结果。

☐ 本人已随附自己的心电图检查结果复印件。

3) 为获得纽约职业拳击或综合格斗裁判员或评分员执照，您必须提交由持照医师执行的体检结果。您和您的医师必须填写 NYSAC 评分员或裁判员执照申请人的病史和体检记录。

☐ 本人已随附自己的病史和体检表复印件。

4) 为获得纽约职业拳击或综合格斗裁判员执照，您必须提交以下血液检查结果。血液检查必须在执照颁发日期之前 1 年内进行。

☐ 本人已随附自己的乙型肝炎表面抗原血液检查结果复印件。

☐ 本人已随附自己的丙型肝炎抗体血液检查结果复印件。

☐ 本人已随附自己的艾滋病 (HIV) 病毒血液检查结果复印件。

确认声明

1) *子女抚养声明：

本人特此证明，截至本申请日期，本人没有支付子女抚养费的义务；或者，虽然本人有支付子女抚养费的义务，但本人没有拖欠子女抚养费达四个月或以上；或者，本人根据收入执行令或法院协定的支付或还款计划或双方商定的计划支付子女抚养费；或者，本人正在法院进行有关子女抚养义务的诉讼程序；或者，本人目前在领取公共救助或社保补助金。

☐ 本人已经阅读并理解《子女抚养声明》，并特此证明本人符合相关规定。

2) *法律、法规和政策（在线访问 www.dos.ny.gov/athletic）：

☐ 本人了解、同意并且确认，本人有责任遵守纽约州及纽约州竞技委员会适用于本人执照方面的法律、法规和政策。

3) *申请确认：

本人即下方签字人，已缴纳申请相关费用，特此根据纽约州法律并依照纽约州竞技委员会的规章制度提出申请。本人了解，纽约州州务院、纽约州竞技委员会经审查可能批准或拒绝此申请；并且，提交此申请并不授予开展执照范围内相关活动的任何权利或特权。本人确认，本确认书所含信息完全属实，否则将接受伪证处罚。本人了解并同意，填写虚假信息可能招致刑事和行政处罚。本人还了解并同意，如果所填信息发生改变，本人将立即修正本执照申请表，并将修正后的申请表提交至纽约州州务院和纽约州竞技委员会。本人了解，根据此申请颁发的任何执照均不可转让。

打印申请人姓名

X

申请人签名

日期

请在您的申请表后随附以下材料：

- 政府颁发的有效护照身份证复印件
- 如果您在本申请表“背景信息”和“财务信息”部分的问题下回答“是”，请提供相关支持材料
- 由业余选手监管机构和竞技委员会出具的介绍信（可证明您的工作经历）
- 由 ABC 批准的裁判员、评分员或计时员培训课程结业证书
- 由纽约州竞技委员会指定医师开办的神经学课程结业证书，或识别不良神经系统症状（针对拳击运动员或综合格斗运动员）的其他经历/培训证明（适用于裁判员执照申请人）
- 竞技运动简历和证明人列表及其联系信息
- 病史和体检记录（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 注明检查日期的医学检查结果（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 医疗信息披露授权表（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- HIPAA 信息披露授权表（适用于裁判员和评分员执照申请人）
- 拳击裁判员或评分员执照申请费 50.00 美元（通过支票或汇票支付）
- 拳击计时员执照申请费 10.00 美元（通过支票或汇票支付）
- 综合格斗裁判员或评分员执照申请费 100.00 美元（通过支票或汇票支付）
- 综合格斗计时员执照申请费 40.00 美元（通过支票或汇票支付）



医疗信息披露

授权向拳击委员会协会 (ASSOCIATION OF BOXING COMMISSIONS, ABC) 的所有附属成员委员会分发医疗信息

我特此授权纽约州竞技委员会(New York State's Athletic Commission)向拳击委员会协会 (ABC) 的任何其他附属委员会或计划（包括其官方记录保管机构）发布、披露和提供纽约州竞技委员会获取的有关我作为专业格斗运动员执照持有人的任何及所有医疗记录，包括但不限于年度体检、眼科检查、神经学检查、HIV 病毒阴性测试、乙型肝炎病毒阴性测试、丙型肝炎病毒阴性测试、药物检测、住院记录，以及与我作为专业格斗运动员执照持有人所适用的任何其他疾病相关信息（包括病历、检查结果、诊断和预后）。

我了解并且同意，签署此“医疗信息披露”是选择性的，我拒绝签署此文档不会导致纽约州竞技委员会或 ABC 的任何附属成员委员会对我采取任何不利措施。

我了解并同意，这里所述的医疗记录仅为 ABC 附属成员委员会决定我是否符合从事格斗运动之目的而披露。

我了解并同意，本授权自签署日期起一年内有效，并且与本文件所述的所有医疗记录相关，无论这些记录创建于授权签署日期之前还是之后。

申请人正楷姓名：

申请人联邦身份证号

申请人签名

签署日期



授权根据 HIPAA 披露健康信息

患者姓名	出生日期	社会安全号码
患者地址		患者电话号码

我或我的授权代表要求根据本授权书所列条件披露我的护理和治疗等健康信息：

根据纽约州法律 (New York State Law) 和 1996 年健康保险携带及责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)) 的隐私规定 (Privacy Rule)，我了解：

- 只有我在第 9(a) 项的相关行中签署姓名首字母时，本授权才可能包括**酒精和药物滥用、心理健康治疗**（心理治疗笔记除外），以及**机密的艾滋病/艾滋病 (HIV*) 相关信息**。如下述健康信息包括以下任何一类信息，且我已在第 9(a) 项相关行中签署了姓名首字母，则表明我特此授权向第 8 项所列的人员披露这类信息。
- 如我授权披露与 HIV 相关、酒精或药瘾治疗或心理健康治疗信息，除非联邦法或州法允许，否则信息接收者禁止在未经我授权的情况下再次披露这类信息。我了解，我有权要求获得一份可能未经授权而接受或使用本人的 HIV 相关信息的人员名单。如我因 HIV 相关信息的发布或披露而受到歧视，我可拨打 (718) 741-8400 联络 纽约州人权署 (New York State Division of Human Rights) 或拨打 (212) 306-7450 联络 纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。这些机构负责保护我的权利。
- 我有权随时向下列医疗护理提供方书面撤回本授权。我了解，我可以撤销本授权，已根据本授权采取的行动除外。
- 我了解，签署本授权书纯属自愿。我在医疗计划中的治疗、付款、登记或者享受福利的资格不受我是否签署本披露声明的影响。
- 依据本授权披露的信息可能被信息接收者再次进行披露（上面第 2 项所述除外），这种再披露情况可能不再受联邦法或州法律的保护。
- 本授权并未授权您与第 9 (b) 项中指定的**律师或政府机构以外的其他人**讨论我的健康信息或医疗护理信息。

7. 披露此信息的健康服务提供者或实体的名称及地址：

8. 接收此信息的人员姓名和地址或人员类别：

New York State Athletic Commission, 123 William St., New York, NY 10038

9(a). 要披露的具体信息：

☐ 从（填入日期）

到（填入日期）的病历

整份医疗记录，包括病史、医院记录（心理治疗笔记除外）、检测结果、放射检测、成像、转诊、咨询、账单记录、保险记录以及其他医疗护理提供方发送给您的记录。

☐ 其他：

包括：（以姓名首字母签名指定）

酒精/药瘾治疗

心理健康信息

HIV 相关信息

授权讨论健康信息

(b) ☒ 通过此处的姓名首字母签名 _____ 我授权 _____

姓名首字母签名

个别医疗护理提供方的名称

与下列我的**律师或政府机构**讨论我的健康信息：

New York State Athletic Commission

（律师/律师事务所名称或政府机构名称）

10. 披露此信息的原因：

应个人要求

☐ 其他：

11. 本授权到期的日期或事件：

自本日起一年

12. 如非患者本人，签署此授权书人员的姓名：

不适用

13. 代表患者签名的授权：

不适用

本授权书所有项目均已填写，我对本授权书的疑问均已得到解答。我已获得一份本授权书副本。

日期： _____

（患者或法律授权的代表签名）

* 导致艾滋病的人类免疫缺陷病毒。纽约州公共卫生法 (New York State Public Health Law) 保护能够合理识别某人 HIV 症状或感染的信息，以及个人联系人的相关信息。



评分员或裁判员执照申请人的病史和体检记录

第 1 部分 - 由评分员或裁判员执照申请人填写

请注意, 裁判员执照申请人在提交申请时, 还必须附上心电图、乙型肝炎表面抗原、丙型肝炎抗体和艾滋病 (HIV) 病毒血液检查结果**

1.法定姓名	2.家庭电话号码	3.工作电话号码
4.街道地址 (家庭)		
城市	州	邮政编码 + 4
5.出生日期	6.是否持有其他州颁发的体育官员执照? 如有, 请注明	

7. 您是否曾在美国军队服役? ☐ 是* ☐ 否

*如您因病退役, 请说明原因:

8. 您是否有呼吸急促、心悸、任何胸痛或胸闷的现象, 或者曾被告知患有任何心脏疾病? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

9. 您是否有咯血现象, 或者曾被告知患有任何肺部疾病? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

10. 您是否曾被建议接受任何特殊检查, 如 X 光照射、心电图、脑电图、血液检查等? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

11. 您是否曾骨折或遭受任何背部、颈部或其他伤害? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

12. 在过去五年内, 您是否曾患有任何疾病, 遭遇任何事故或进行任何外科手术? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

13. 您 (过去和现在) 是否还有上述问题未能涵盖的任何其他健康隐患? ☐ 是* ☐ 否

*如果选择“是”, 请予以说明:

如有任何解释意见, 请列明:

☐ 若背面有注释请勾选此方框

申请人证明 - 本人谨此证明, 据本人所知及所信, 上述声明内容属实。本人进一步了解, 本人提供的所有声明和信息均受伪证罪相关规定约束, 如内容不属实或不翔实, 将招致处罚和/或暂时吊销执照的处分。

X

申请人签名

日期

X

医师签名

日期

X

审核人 (医师)

日期

第 2 部分 - 评分员/裁判员体检 - 由体检医师填写

1. VITAL SIGNS

A) BLOOD PRESSURE

B) PULSE (AT REST)

C) PULSE (AFTER 20 HOPS)

D) PULSE (2 MINUTES AFTER EXERCISE)

COMMENT

2. HEAD AND FACE (Describe scars, swelling, tenderness, etc.)

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

3. EYES (Dilated eye exam to be completed by an ophthalmologist or optometrist)

A) RETINA

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

B) CORNEA AND CONJUNCTIVA

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

C) VISUAL ACUITY (SNELLEN CHART)

RIGHT

LEFT

RIGHT

LEFT

UNCORRECTED:

CORRECTED:

D) SACCADDES

HORIZONTAL

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

VERTICAL

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

Name of Ophthalmologist or Optometrist (PRINT): _____

Signature of Ophthalmologist or Optometrist: X _____ Date: _____

Office Address: _____

Office Telephone Number: _____

4. EARS (Including tympanic membrane, external auditory canals, auditory acuity for conversational voice)

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

5. NOSE

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

6. OROPHARYNX

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

7. NECK

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

8. LUNGS

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

9. THORAX/CHEST

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

10. HEART

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

11. ABDOMEN and INGUINAL AREA

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

12. BACK and SPINE

☐ NORMAL ☐ ABNORMAL ☐ NOT EXAMINED

SECTION 2 CONTINUED— TO BE COMPLETED BY EXAMINING PHYSICIAN

13. EXTREMITIES/MUSCULOSKELETAL SYSTEM

A) SHOULDERS	☐ LEFT	☐ RIGHT	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
B) ELBOWS	☐ LEFT	☐ RIGHT	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
C) KNEES	☐ LEFT	☐ RIGHT	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
D) ANKLES	☐ LEFT	☐ RIGHT	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED

14. SKIN	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
----------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

15. LYMPHATIC SYSTEM	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
----------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

16. NERVOUS SYSTEM	☐ NORMAL	☐ ABNORMAL	☐ NOT EXAMINED
--------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

SUMMARIZE ALL POSITIVE FINDINGS, IF ANY, AND INDICATE YOUR CLINICAL INTERPRETATION OF THIS DATA

RECOMMENDATIONS FOR FURTHER SPECIALIZED EXAMINATION AND/OR CONSULTATION

OTHER REMARKS

Physician’s Certification — I hereby certify that I have examined (*print full legal and ring name of applicant*)

on this day, (insert date) _____, and I ☐ Approve ☐ Disapprove this applicant for Judge/Referee

If disapproved, provide reason(s) for disapproval: _____

Name of Physician (PRINT): _____

Signature of Physician: **X** _____

Office Address: _____

If physical was not conducted at the office listed above, specify location/address: _____

Office Telephone Number: _____