|  |
| --- |
| **FED ALGERIE FAF.jpg**الإتحــاد الجزائــــري لكرة القدم  **F**édération **A**lgérienne de **F**ootball |
| **Certificat Médical de Non Contre-Indication**  **à la Pratique du Football**  **Saison Sportive : 2018 – 2019** |
| Je Soussigné : ………………………………; ;:;:,…………………………………………………………………………….. Docteur en Médecine    Photo  **(N° d’inscription à l’ordre des médecins de:** ………………………………………….**sous le Numéro** **:**…………………………………**)**  Structure d’exercice  : ………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….………………..…………………………….  Atteste que le(a) joueur (se) :  Nom : ………………………………….………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….  Prénoms : …………………..…………..………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Fils (Fille) de :............................................................................................... et de :...............................................................................................................  Né(e)le: …………………………………………………………………….…………………….. à :……………..……………..………………………………………………………………………………………………………  Club :.............................................................................................Ligue:…………................................................................................................................................    A été examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF. Et qu’il(Elle) n’a, au vu du dossier médical présenté, aucune déficience.  Je certifie que le(a) joueur(se) sus-nommé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Football organisée sous l’égide de la FAF ou de l’une de ses ligues affiliées.    Fait à : ………………….…………….……………… le : ………………………………………………  **Le Médecin**  (Nom, Prénom, griffe et signature)  **NB**: La présentation du certificat médical de non contre-indication à la pratique du Football est obligatoire pour l’obtention ou le renouvellement annuel de la licence sportive. |