|  |
| --- |
| **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 : 2019 – 2020** |
| 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 médicalprésenté, 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, griffeet 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. |