|  |
| --- |
| الإتحـــاد الجزائــــري لكرة القدم**F**édération **A**lgérienne de **F**ootball |
| **CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU FOOTBALL****SAISON 2021 - 2022** |
| Je Soussigné : …………………………………………………………………………………………………………….. Docteur en Médecine**(N° d’inscription à l’ordre des médecins :** ………………………………………….**)** PhotoStructure 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. |

