

الاتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR (SAISON SPORTIVE 2021 – 2022)

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : / __ / __ / / __ / __ / / __ / __ / / __ / __ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: F:

CLUB : _____

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste gardien de but défenseur
 milieu attaquant
Latéralisation gaucher droitier Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : / __ / __ / __ /

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS PERSONNELS

Général	Non	oui, dans les 4 dernières semaines			oui, il y a plus de 4 semaines		
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Infections (surtout virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Allergie nourriture/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Cœur et poumon	Non	Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort			Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort		
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	Oui, dans les 4 dernières semaines			Oui, il y a plus de 4 semaines		
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Conseillé d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noyade inexplicquée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident de voiture inexplicqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament contre l'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypolipidémiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres		

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids: /___/___/___/ kg BMI : /___//___/,/___/___/

Glande thyroïde : normal anormal

Nœud lymphatique/rate normal anormal

Acuité visuelle : OD : /___/___/ OG : /___/___/

ORL : Surdité : Non Oui

Examen bucco-dentaire

Nombre de dents cariées: /___/___/

Nombre de dents absentes: / / /
--

Hygiène bucco-dentaire : Bonne Insuffisante

Poumons :

Auscultation normale anormale

Percussion normale anormale

Si Anormal,

Précisez

Abdomen

Palpation normale anormale

Si Anormal,

Précisez

Port d'appareil médico-chirurgical : Non Oui

Si Oui,

Précisez

Symptômes du syndrome de Marfan : Non

Oui : précisez

Déformation du thorax

Long bras et longues jambes

Pieds plats

Scoliose

Dislocation du cristallin

Autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez :
 dédoublement
 paradoxal
 3^e son
 4^e son

Souffle non oui, précisez :
 Systolique - intensité / /6
 Diastolique - intensité / /6
 Claquements
 Changements durant la manœuvre de Valsalva
 Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique non oui

Veine jugulaire (position à 45°) normale anormale

Reflux hépato-jugulaire non oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique palpable non palpable

Bruits vasculaires non oui

Varices non oui

Pouls après 5 minutes de repos : / _ / _ / _ / min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : / _ / _ / _ / / / _ / _ / _ / mmHg

Bras gauche / _ / _ / _ / / / _ / _ / _ / mmHg

ECG 12 ELECTRODES

*** EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

* Joindre une copie au contrôle

Résumé de l'analyse de l'ECG : normal anormal

Si Anormal, précisez

ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /__/_ / __/_ / __/_/_/_

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....
.....
.....

NB :

- L'examen **échocardiographique initiale est obligatoire** quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans

5. AUTRES PATHOLOGIES :

Non :

Oui :

Si oui, précisez

.....

.....

6. BILAN SANGUIN (A JEUN)

** joindre les documents signés par le laboratoire au contrôle*

1. Groupe Sanguin,
 2. FNS avec taux de Réticulocytes,
 3. Créatinémie,
 4. Glycémie à jeun.
 5. Autres
-

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

Oui Non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffes et Signature : _____



الاتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo
3,5 x 3,5

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL
SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022**

Je soussigné docteur en médecine :

Structure d'exercice :

Téléphone : Mail :

Inscrit à l'ordre des médecins de la Wilaya de : Sous le numéro :

Atteste que le (a) joueur (se) :

Nom :

Prénom(s) :

Fils (le) de : et de :

Né (e) le : à : Wilaya de :

Club : ligue de :

A été(e) examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il (elle) n'a aucune déficience au vu du dossier médical de pré-compétition (PCMA) présenté.

Je certifie que le(a) joueur (se) sus nommé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du football organisées sous l'égide de la FAF ou l'une de ses ligues affiliées.

Fait le : à :

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 de la licence sportive.



الاتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



**ATTESTATION DE CONSENTEMENT DES CLUBS AUX EXAMENS
MEDICAUX D'AVANT COMPETITION (PCMA)
SAISON SPORTIVE : 2021 – 2022**

CLUB : LIGUE DE :

Les soussignés :

(NOM DU PRESIDENT EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU SECRETAIRE GENERAL EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

(NOM DU MEDECIN D'EQUIPE EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) :

Confirment par la présente :

1. Que chaque joueur a été examiné conformément à l'examen médical d'avant compétition de la FAF (PCMA) avec des méthodes d'analyses reconnues. Le Club est responsable de la réalisation de l'examen sur la base des dernières normes médicales. À cet égard, la Ligue n'assume aucune responsabilité.
2. Qu'aucun des joueurs n'a, au vu du dossier PCMA, de déficience physique ou mentale constatées pouvant mettre en danger sa santé lors de sa participation aux compétitions.
3. Que la ligue ne peut être tenue responsable en cas de procédure, de réclamation et de coûts y relatifs pouvant avoir lieu ou être subis par d'autres (joueurs et officiels du club) en relation avec des maladies ou des accidents (y compris décès et invalidité).
4. Les soussignés – Président, Secrétaire Général et Médecin d'équipe – attestent avoir compris les informations sur les conditions liées à la santé et confirment par la présente la véracité des points (1) à (3) listés ci-dessus ainsi que leur renonciation à toute réclamation contre la ligue .

Signatures :

▪ PRESIDENT :

▪ SECRETAIRE GENERAL :

▪ MEDECIN DE L'EQUIPE :

Lieu : Date :



الاتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo
3,5 x 3,5

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES
D'INFECTION PAR LA COVID-19
SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr :

Nom :

Prénom(s) :

Fils (le) de : et de :

Né (e) le : à : Wilaya de :

Club : ligue de :

Demeurant :

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Le joueur devra absolument consulter le médecin du club avant la signature de la licence s'il :

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiène et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature du joueur

Fait à :

Le :