|  |  |
| --- | --- |
| **FED ALGERIE FAF.jpg**الإتحــاد الجزائــــري لكرة القدم  **F**édération **A**lgérienne de **F**ootball | **Photo**  |
| CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATIONA LA PRATIQUE DU FOOTBALL SAISON 2019 – 2020 |
| Je Soussigné Docteur en Médecine : …………………………………………………………………………………………………..…….……………….……..…………………………… Structure d’exercice  : ………………………………………………….………………………………………………………..…………………………..………………………………………………...………..…Atteste que le(a) joueur(se) :Nom : ………………………………….………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………. Prénoms : …………………..…………..………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Né(e) le: …………………………………………………………………….…………………….. à ………………..……………..………………………………………………………………………………………………………Fils de: ........................................................................................... et de :...........................................................................................................................................Club: ............................................................................................. Ligue :…………...................................................................................................................................  A été examiné ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF.Et qu’il n’a au vu du dossier médical, aucune déficience physique et/ou mentale. Et 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 le : ………………….……………………………à ………………………………….……………………  **Le Médecin** (Nom, Prénom et griffe) **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. |