|  |  |
| --- | --- |
| **FED ALGERIE FAF.jpg**الإتحــاد الجزائــــري لكرة القدم  **F**édération **A**lgérienne de **F**ootball | **Photo** |
| CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION  A 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. | |