|  |
| --- |
| 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 :** ………………………………………….**)** Photo  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 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. |

