

Ligue d’Affiliation :

Dénomination du club :

Division :

CERTIFICAT MEDICAL D’APTITUDE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION

JE, SOUSSIGNÉ, DOCTEUR EN MÉDECINE, MÉDECIN :

NOM & PRÉNOMS :

NUMERO D’INSCRIPTION AU CONSEIL DE L’ORDRE :

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR, LE JOUEUR DE FOOTBALL :

NOM & PRÉNOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

JE CERTIFIE N’AVOIR CONSTATÉ, À LA DATE DE CE JOUR, QU’IL N’A, AU VU DE CET EXAMEN MÉDICAL, AUCUNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, CLINIQUE OU BIOLOGIQUE CONSTATÉES POUVANT METTRE EN DANGER SA SANTÉ LORS DES COMPÉTITIONS ORGANISÉES SOUS L’ÉGIDE DE LA FAF OU DE L’UNE DE SES LIGUES AFFILIÉES ET LE DECLARE APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE COMPETITION.

FAIT À LE

SIGNATURE, CACHET ET GRIFFE DU MÉDECIN

ENGAGEMENT DU DU MEDECIN, PRÉSIDENT ET SECRETAIRE GENERAL DU CLUB

LE PRÉSIDENT, LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET MEDECIN DU CLUB, S’ENGAGENT A PRÉSENTER IMMÉDIATEMENT TOUS LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER MÉDICAL OBLIGATOIRE DU JOUEUR LORS DE TOUTE SOLLICITATION DE LA FAF OU DE LA LIGUE.

NOUS CERTIFIONS QUE LE DOSSIER MEDICAL DU JOUEUR ET SON ASSURANCE SONT BIEN CONSERVES AU NIVEAU DU CLUB.

Le Président du Club
Signature, Griffes et Cachet

Le Secrétaire Général du Club
Signature, Griffes et Cachet

Le Médecin du Club
Signature, Griffes et Cachet

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



**DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU
FOOTBALL AMATEUR
(SAISON SPORTIVE 2023 – 2024)**

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 :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

.....
.....

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

.....
.....

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

.....
.....

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

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

Examen bucco-dentaire

.....
.....

Poumons :

.....
.....

Abdomen

.....
.....

Examen Orthopédique

.....
.....

Port d'appareil médico-chirurgical :

.....
.....

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

.....
.....

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

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

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

4.1 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 :

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

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

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

NB :

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

5. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

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

6. BILAN SANGUIN :

« Joindre les documents signés par le service accrédité »

1. Groupe Sanguin,
2. FNS,
3. Créatinémie,
4. Urée Sanguine
5. Glycémie à jeun.
6. Autres si nécessaire :

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

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 : 2023 / 2024

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 : _____