



# FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL

LIGUE WILAYA DE FOOTBALL DE MOSTAGANEM

BP N°150 MOSTAGANEM RP (tel et fax n°045.41.31.41.)



Date Qualification : .....

N° Licence : .....

## DEMANDE DE LICENCE

PHOTO  
RECENTE

### 2018 / 2019

SECRETAIRE

MEDECIN

SOIGNEUR

Je soussigné,

Nom : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Fils de : ..... Et de : .....

Adresse Personnelle : .....

M'engage en qualité : ..... au sein du club : .....

.....pour une période de : .....saison (s).

De même que je m'engage à respecter :

- Les lois du jeu
- Les règlements généraux de la FAF,
- L'éthique et la morale sportive.

Signature de l'intéressé

Nom et Prénom du Président du Club  
Signature et cachet