



FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL
COMMISSION MÉDICALE FEDERALE

Photo

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION
SAISON 2018/2019

Groupe Sanguin

Je soussigné Docteur N° Conseil de l'Ordre des Médecins.....

Atteste que le joueur Nom : Prénoms :

Né le : à

Fils de: et de

A été examiné ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il n'a au vu de cet examen médical, aucune déficience physique constatée pouvant mettre en danger sa santé lors des compétitions organisées sous l'égide de la FAF ou de l'une de ses ligues affiliées.

Fait le à

Le Médecin (Nom, prénom et griffe)

CERTIFICAT DE CARDIOLOGIE

Je soussigné Docteur N° Conseil de l'Ordre des Médecins

Atteste que le joueur Nom : Prénoms :

Né le : à

A effectué ce jour un électrocardiogramme (ECG) douze (12) dérivations. L'interprétation de cet ECG n'a révélé aucune contre-indication à la pratique du football de compétition.

Fait le à

Le Médecin (Nom, prénom et griffe)

ENGAGEMENT DU CLUB

Je soussigné Mr:..... agissant en qualité de Président du club :

Atteste que le joueur nommé ci-dessus a bien subi les examens médicaux exigés pour la pratique du football amateur de compétition et que son dossier médical est conservé au siège du club.

Je m'engage à le soumettre à l'autorité compétente sur toute réquisition.

Fait le à

Le Président (Nom, prénom et griffe)

RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ non ☐ oui, précisez : _____

LE (LA) JOUEUR (SE) :

NOM ET PRENOM (S) : _____

SAISON SPORTIVE : _____ 2018/2019 _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR :

☐ OUI

☐ NON

MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Date : _____ Signature : _____