



FEDERATION ALGERIENNE DE FOOT BALL



LIGUE DE FOOT BALL DE LA WILAYA DE MOSTAGANEM

BP N°150 MOSTAGANEM RP Tél et fax n°045.41.31.41

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION

SAISON

PHOTO

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

Atteste que le joueur Nom :Prénom :

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 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 à le.....

Le Médecin (Nom, prénom et griffe)

CERTIFICAT DE CARDIOLOGIE

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

Atteste que le joueur Nom :Prénom :

Né le :à.....

Fils de : et de :

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

Fait à le.....

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 subi bien 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 à le

Le Président (Nom, prénom et griffe)